

Année 1903

THÈSE

N°

78

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Décembre 1903, à 1 heure

PAR

André LEURET

Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

RAPPORTS DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

ET DE LA

TUBERCULOSE GÉNITALE CHEZ LA FEMME

PRÉSIDENT : M. TILLAUX, Professeur.

MM. KIRMISSON, Professeur.

JUGES

BROCA (Aug.),

MAUCLAIRE,

} Agrégés.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE
	{ DEBOVE.
Clinique médicale.	{ LANDOUZY.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ PINARD.
	{ BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (AUG.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JACQUES

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MM. LES DOCTEURS TISNÉ ET DAUTEL

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

(STAGE)

MM. LES DOCTEURS DOLÉRIS, MOIZARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

(EXTERNAT)

MM. LES DOCTEURS POTHERAT, CAMPENON,

BEURNIER

(EXTERNAT ET INTERNAT)

GUINARD, JALAGUIER, LAUNAY, FAURE

ET MAUCLAIRE

(INTERNAT)

A LA MÉMOIRE DE MES MAÎTRES REGRETTÉS

MM. LES DOCTEURS BOUILLY ET BOUGLÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avant de commencer ce travail, nous tenons à remercier tous les maîtres qui nous ont guidé depuis le premier jour, jusqu'au dernier. Nous avons trouvé auprès de tous la même bienveillance, et les mêmes bons conseils. Nous leur en gardons à tous une vive reconnaissance, et, en particulier, à ceux que nous avons pu approcher de plus près pendant notre internat, Messieurs Potherat, Guinard, Campenon, Jalaguier, Mauclore et J.-L. Faure.

Parmi tous, il en est deux auxquels nous ne pouvons exprimer notre reconnaissance. Nous avons terminé notre internat dans le service de Monsieur Bouilly. Nous avons eu le bonheur de recevoir ses dernières leçons et la douleur de perdre ce maître si affectueux auquel nous étions tout particulièrement attaché.

Dans la même année, presque en même temps, la mort de Monsieur Bouglé nous a enlevé en même temps qu'un excellent maître, l'ami si sûr qu'il était pour ses élèves. Nous garderons toujours un profond attachement à la mémoire de ces deux maîtres si bons.

HISTORIQUE

Jusqu'à une époque très récente, la tuberculose du péritoine resta dans le domaine de la thérapeutique purement médicale. Peu étudiée, d'ailleurs, la connaissance de cette affection resta longtemps incomplète.

Si nous en trouvons des observations plus ou moins vagues dans la littérature médicale ancienne, on n'avait guère eu l'idée de rechercher son point de départ dans une affection d'un autre organe.

D'ailleurs, jusqu'au moment où Hegar (1), puis Lawson-Tait (2) commencèrent à pratiquer l'extirpation des annexes malades, la tuberculose génitale fut encore moins connue et moins étudiée que la péritonite tuberculeuse.

(1) HEGAR. — *Centralb. f. gynec.* 1878, n° 2.

(2) LAWSON-TAIT. — *British. Medical Journal*, 11 mai 1877.

La première indication que nous rencontrons, vient de Morgagni (1) qui avait été frappé, en faisant une autopsie d'une jeune fille de 20 ans succombant à la fièvre hectique, de rencontrer des adhérences des anses intestinales et de l'épiploon et, en outre, des corps saillants épars çà et là, à la surface de l'utérus. A l'incision, il trouva les deux trompes et l'utérus remplis de matières caséeuses.

En 1817, Johnson, puis John Baron s'occupent de montrer le rôle des tubercules dans la péritonite chronique.

En 1825, Louis tente de prouver que la péritonite chronique est toujours tuberculeuse et rapporte des faits de tuberculose des organes génitaux (2).

Reynaud (3) publie en 1831 deux faits de localisation utérine chez des tuberculeuses. Senn (4) en publie un autre cas.

Depuis, nous trouvons, de loin en loin, des travaux par lesquels l'histoire clinique de la péritonite se crée peu à peu et où quelques observateurs signalent, de temps en temps, ses rapports avec la tuberculose d'un autre organe, le plus souvent, des organes génitaux.

Puis les médecins se posent la question : « La péritonite chronique simple idiopathique existe-t-elle

(1) MORGAGNI. — 1744. Lettre XXX.

(2) LOUIS. — *Recherches sur la phthisie*, 1825.

(3) REYNAUD. — *Archives générales de Médecine*, 1^{re} série, tome 36, page 486.

(4) SENN. — *Archives générales de Médecine*, 1^{re} série, tome 36, page 282.

bien distincte de la péritonite tuberculeuse, ou bien ne faut-il voir là, que deux modes différents d'une même maladie ? »

Grisolle (1) semble être de cette dernière opinion en rapportant, dans son traité de pathologie interne, douze cas de péritonite chronique dans lesquels, onze fois, il trouva évidemment des tubercules.

Lebert, Lucien Corvisart, Godard, viennent successivement démontrer que la péritonite chronique n'est pas toujours tuberculeuse.

Il n'est nullement encore question de faire de la péritonite tuberculeuse une conséquence d'une autre tuberculose locale. Cependant Aran (2), qui pensait que la péritonite peut n'être pas toujours tuberculeuse et se développer chez des individus non tuberculeux, constate, par ailleurs (3) « tantôt que les tubercules que l'on trouve dans le péritoine dépendent d'une tuberculose généralisée qui affecte principalement les séreuses, tantôt paraissent provenir d'une tuberculisation ayant pour siège primitif les organes génito-urinaires, surtout les vésicules séminales chez l'homme, les trompes de Fallope chez la femme. » Il cite dans un autre endroit trois cas de tuberculose péritonéo-tubo-ovarique mais, ajoute-t-il : « dès que la péritonite est développée, c'est elle qui domine toute la thèse pathologique (4). »

(1) GRISOLLE. — *Traité élémentaire et pratique de pathologie int.* 1857.

(2) ARAN. — *Cliniques faites à l'hôpital St-Antoine*, 1858.

(3) ARAN. — *Union Médicale*, 1858, n° 93-94.

(4) ARAN. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1848-1860.

Siredey (1) 1860, cite quelques exemples de tuberculose péritonéo-génitale.

Rokitansky (2), considère la tuberculose génitale comme une curiosité, cependant, il ne va pas jusqu'à la nier.

M. Guillemin (3), fait remarquer que certains auteurs lui font ce reproche, en particulier M. Brouardel (*Thèse*, page 67) et M. Cornil (4); or, cet auteur publie l'histoire d'une femme de 41 ans, à l'autopsie de laquelle il trouva une tuberculose du péritoine avec tuberculose des annexes, trompes et ovaires.

En 1862, Spencer Wells, à la suite d'une erreur de diagnostic, restée célèbre, pratiqua une laparotomie pour une péritonite tuberculeuse qui resta guérie.

Cette guérison fit grand bruit, mais resta un fait isolé.

Schucking, puis Stellwag et, plus tard encore, Petri (1878), répétèrent, avec bonheur, la même erreur de diagnostic.

En 1865, parut la thèse du professeur Brouardel (5) qui résuma tout ce qui avait paru jusque-là et mit la question exactement au point : « Dans certains cas, » dit-il, c'est là (dans les organes génitaux) que se

(1) SIREDEY. — De la fréquence des altérations des annexes dans les maladies dites utérines.

(2) ROKITANSKY. — *Lehrbuch der pathol. anat.*, 1861.

(3) GUILLEMIN. — *Revue de Chirurgie*, 1894, page 98.

(4) CORNIL. — *Leçons sur l'anat. pathol. des métrites*, etc. Félix Alcan, édit., 1889, page 75.

(5) BROUARDEL. — *Thèse de Paris*, 1865.

« développe primitivement la diathèse tuberculeuse
« constituant une sorte de phtisie pelvienne primi-
« tive. » Et plus loin : « Le péritoine est le véritable
« réactif de l'état pathologique des organes génitaux.
« C'est par l'extension de l'affection à cette mem-
« brane que notre attention se trouve fixée sur ces
« organes. »

Et après avoir étudié la tuberculose des organes génitaux coïncidant avec la tuberculose générale, il consacre un court chapitre à la tuberculose primitive des organes génitaux.

L'année suivante, parut la thèse de Hemey (1) sur la même question. Puis la question resta stationnaire jusqu'en 1878, où Talamon (2), publia une observation intéressante. De plus, à la suite de cette publication, il fit une étude sur la péritonite tuberculeuse chez les enfants. Il rapporta qu'il avait souvent constaté, au cours d'autopsies, des lésions tuberculeuses sur l'utérus et les annexes. « Il y a lieu de se demander, « dit-il, si ces lésions ne peuvent pas devenir le « point de départ de lésions péritonéales plus graves. »

En 1880, paraît l'intéressante thèse de Vermeil (3). Puis, en 1881, les travaux commencent à devenir plus nombreux sur la question, tant en France qu'à l'étranger.

Nous nous contenterons de signaler les travaux de

(1) HEMEY. — *Thèse de Paris*, 1866, n° 312.

(2) TALAMON. — *Annales de gynécologie*, 1878, page 416.

(3) VERMEIL. — *Thèse de Paris*, 1880.

Gehle (1), Frerichs, (2), Cayla (3), Verneuil (4), Mossler (5).

Enfin, en 1884, Fernet (6), en France, après avoir attiré l'attention sur la pénétration de l'infection par la voie génitale, conseille de traiter la tuberculose génitale par des moyens chirurgicaux énergiques.

La même année, en Allemagne, König (7) proposa ouvertement la laparotomie comme méthode de traitement de la péritonite tuberculeuse. Il en publie une première série de quatre cas qu'il a ainsi délibérément opérés après diagnostic fait, et, depuis ce moment, l'étude de la péritonite tuberculeuse, d'une part, des lésions génitales tuberculeuses, d'autre part, fait de rapides progrès.

Cependant, l'opinion de König ne fut pas, de prime abord, acceptée par tout le monde.

Boulland (8), sans rejeter absolument le traitement chirurgical, ne l'admet que dans les formes purulentes ou au moins « paraissant suppurées. »

Naumann, en octobre 1885, en publie déjà, cependant, quatre cas. Cette seconde étape est donc marquée par un progrès rapide, mais on ne recherche pas encore de parti pris le point de départ de la

(1) GEHLE. — *Thèse de Heidelberg*, 1884.

(2) FRERICHS. — *Thèse de Marbourg*, 1882.

(3) CAYLA. — *Progrès Médical*, 1881.

(4) VERNEUIL. — *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeux*. Paris, 1882.

(5) MOSSLER. — *Thèse de Breslau*, 1883.

(6) FERNET. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 26 décembre 1884.

(7) KÖNIG. — *Centralbl. für chirurgie*, 1884.

(8) BOULLAND. — *Thèse de Paris*, 1885.

tuberculose et le traitement, par conséquent, consiste simplement à ouvrir ou à refermer le ventre sans jamais chercher à enlever aucun organe malade.

Les succès furent nombreux ; les succès, d'autre part, firent peu à peu nombre, de telle sorte que la méthode compta des partisans de plus en plus nombreux, mais que ce mode de traitement, en quelque sorte empirique, rencontra, jusqu'à ces dernières années, de nombreux adversaires ! Puis, peu à peu, les observations se multiplient. Spaeth (1), Schellong (2), Widow (3), etc.....

Nous ne pouvons avoir la prétention d'en donner même un court résumé (4).

Truc (5), en 1886, consacre seulement un court chapitre de sa thèse à la péritonite tuberculeuse et après avoir constaté que, soit accident, soit parti pris, quelques cas ont été opérés, il déconseille l'intervention dans les formes ascitiques et conseille les ponctions et le traitement médical.

Audry (6), en 1887, rejette encore l'intervention dans les péritonites tuberculeuses, sauf dans les cas pour ainsi dire d'urgence : occlusion, suppuration, incision exploratrice : « peut-être, dit-il, pourrait-on

(1) SPAETH. — *Thèse de Strasbourg*, 1885.

(2) SCHELLONG. — *Centralbl. für gyn.*, 1885, n° 23.

(3) WIDOW. — *Centralbl. für gyn.*, 1885, n° 5.

(4) Nous avons fait un index bibliographique aussi complet que nous avons pu ; nous ne citons donc, ici, que les travaux les plus importants.

(5) TRUC. — *Thèse de Paris*, 1886.

(6) AUDRY. — *Lyon médical*, 1887.

« intervenir dans les formes localisées, à la condition, toutefois, que le traitement médical ait échoué, »

C'est cette même année que parut, dans les *Etudes expérimentales et cliniques sur la Tuberculose*, par Verneuil, l'étude du professeur Cornil sur la tuberculose des organes génitaux de la femme, qui fut le point de départ de nombreux et sérieux travaux ; et en même temps, au Congrès de Toulouse, Jeannel présenta une observation de salpingite tuberculeuse avec péritonite qu'il avait opérée. Il se montre un des premiers très affirmatif sur ce fait que : « Puisqu'il y a un abcès froid, il faut l'enlever ».

Nous voyons, à partir de ce moment, que beaucoup de chirurgiens présentent aux sociétés savantes, et publient, dans les périodiques, des cas dans lesquels, ayant opéré une péritonite, ils ont rencontré les annexes malades et que, dans quelques cas, ils les ont enlevées.

C'est Kummel qui a rencontré quelques cas de tuberculose péritonéale dans lesquels les annexes pouvaient être considérées comme le point de départ de l'affection. Il conseille d'enlever ces annexes « quand on s'en aperçoit. »

C'est Stemann (1) qui publie une courte thèse sur ce point.

C'est le Congrès de chirurgie de 1889 qui met cette question à l'ordre du jour. Après Labbé et Broca,

(1) STEMANN. — *Thèse de Kiel*, 1888.

Terrillon vient montrer que lorsqu'on trouve une salpingite tuberculeuse, il faut l'enlever. Il en rapporte des cas plus ou moins heureux. Plus tard, d'ailleurs, il revint à différentes reprises sur cette question pour montrer que péritonite tuberculeuse et tuberculose génitale, souvent associées, sont justiciables du traitement chirurgical.

Molinari (1) se pose alors la question de l'existence de la péritonite idiopathique que Spaeth (2) affirmait. Ce dernier disait que les péritonites tuberculeuses guéries ne sont que des péritonites idiopathiques. Il est vrai que le mémoire de Spaeth ne brille pas par la clarté puisque, ayant ainsi conclu, il ajoute qu'il ne se laissera pas décourager par ses succès !

En 1890, Pic (3) consacre un chapitre à la tuberculose génitale et, après avoir cité vingt-trois observations de tuberculose génitale, il constate que toujours, dans ce cas, le péritoine est plus ou moins atteint.

Il se montre réservé pour le cas où le péritoine est très atteint. Sur ces vingt-trois observations, il relève cependant treize guérisons répondant aux cas où les annexes ont été enlevées.

« Il y a donc lieu, dit-il, d'intervenir radicalement et le plus rapidement possible dès que le diagnostic est posé. »

C'est à la même conclusion qu'aboutit encore Terrillon :

(1) MOLINARI. — *Riforma medica*, 31 août ; 2 septembre 1889.

(2) SPAETH. — *Deutsche medicinische Wochenschr.* n° 20, 1889.

(3) PIC. — *Thèse de Lyon*, 1890.

« Le danger est grand, dit-il, d'opérer, mais c'est la seule chance de salut et il faut intervenir pour débarrasser la malade d'une grande cause de dépérissement. »

En 1891 Segond (1) pratiqua la première hystérectomie vaginale pour salpingite tuberculeuse. La malade mourut de perforation intestinale.

Aldibert (2) cite 41 cas de péritonite tuberculeuse consécutive à la salpingite avec 14 cas de morts post opératoires.

Enfin, en 1893, notre maître Bouilly porta nettement devant la société de chirurgie, la question de l'ascite essentielle. Il s'éleva hautement avec preuves à l'appui, contre l'existence de l'ascite essentielle des jeunes filles. Nous aurons, à plusieurs reprises, à puiser dans cette communication de notre maître, ainsi que dans ses travaux postérieurs sur cette question.

Cependant Alleaume (3) croit que la salpingite ne peut donner naissance qu'à la péritonite localisée au petit bassin et jamais à la péritonite généralisée.

Nous ne pouvons négliger le consciencieux travail de Fress (4) concluant à l'intervention rapide, celui de Sippel (5) sur la tuberculose génitale et ses rapports avec la péritonite tuberculeuse; non plus que la thèse de Clavier marquant, pouvons-nous dire, un

(1) SEGOND. — *Annales de gynécologie* 1891, tome I, page 161.

(2) ALDIBERT. — *Thèse de Paris* 1892.

(3) ALLEAUME. — *Thèse de Paris* 1894.

(4) FRESS. — *Deutsch. med. Woch.* N° 45-46, 1894.

(5) SIPPEL. — *Deutsch. med. Woch.* 1894. N° 52, page 974.

retour en arrière puisqu'il veut prouver l'existence d'une péritonite chronique simple idiopathique non tuberculeuse caractérisée par tous les symptômes de la péritonite tuberculeuse avec cette seule différence qu'elle ne l'est pas.

Presque de suite M. Bouilly (1) reprend la question et publie un article intitulé : *L'Ascite des jeunes filles*, dans lequel complétant sa communication faite à la Société de chirurgie, il fait toute l'histoire clinique de cette forme de péritonite tuberculeuse.

D'ailleurs, tant en France qu'à l'étranger, les chirurgiens s'occupent presque tous de la question.

Brôse pratiqua une hystérectomie vaginale.

Daclin (2) préconise la coeliotomie vaginale; il cite un cas intéressant de Condamin qui aurait, d'après lui, pratiqué la première hystérectomie vaginale pour salpingite compliquée de péritonite tuberculeuse.

Brachet (3) soutient la même thèse que Daclin.

Enfin, en ces derniers temps, nous trouvons encore quelques chirurgiens tels que Theilhaber (4) se refusant à opérer les péritonites tuberculeuses, comme Filatoff, (5) soutenant l'existence d'une péritonite idiopathique.

Au milieu de tout ce qui se publie actuellement nous ne pouvons citer que l'excellente thèse de ma-

(1) BOUILLY. — *Semaine gynécologique* 1896, page 369.

(2) DACLIN. — *Thèse de Lyon*, 1896.

(3) BRACHET. — *Thèse de Lyon* 1898.

(4) THEILHABER. — *Monatsschrif. für. geb. und. gynec.* 1899, page 314.

(5) FILATOFF. — *Gazette hebdomadaire* 1897. N° 78, page 955. Comptendu de la Société de médecine de Moscou.

demoiselle Gorowitz. (1) Tout dernièrement encore M. Dervaux et M. Cousyn soutinrent leur thèse sur la tuberculose génitale de la femme et écrivirent un chapitre sur ses rapports avec la péritonite tuberculeuse. Enfin, cette année encore, alors que notre travail était à peu près terminé, au Congrès de Rome, plusieurs rapports traitèrent les divers points de la tuberculose génitale de la femme. Successivement Amann, Veit, Martin, J. L. Faure en envisagèrent les divers aspects.

Nous n'avons pas la prétention de refaire dans son ensemble l'étude de la tuberculose péritonéale ni de la tuberculose génitale. Il nous a semblé que, au milieu de tous ces travaux, il y avait peut-être place pour une étude sur les rapports de ces deux localisations tuberculeuses, que la symptomatologie de l'une et de l'autre pouvait se trouver modifiée par leur association, et que de même l'incision simple, qui peut convenir à une péritonite banale, est insuffisante dans certains cas. Tout cela nous a décidé à entreprendre ce travail. Notre maître, M. Bouilly, nous a encouragé dans cette voie et nous a aidé de ses conseils et de ses documents. Nous avons laissé de côté certains points qui sont trop connus, d'autres, comme l'anatomie pathologique, qui ont été trop bien et trop complètement traités par d'autres.

Il ne faudra donc pas s'étonner de rencontrer dans notre travail, des omissions qui sont volontaires.

(1) GOROWITZ. — *Thèse de Paris* 1900.

ÉTIOLOGIE

SEXE

La péritonite tuberculeuse est, d'après toutes les statistiques que nous avons trouvées dans les travaux d'ensemble, beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Nous voyons la proportion varier suivant les statistiques, mais à part quelques auteurs dont les études portent sur un nombre trop restreint de cas pour avoir une grande valeur, presque tous s'accordent à reconnaître cette prédominance dans le sexe féminin. Nous-même d'ailleurs, en relevant au fur et à mesure de nos recherches le sexe des malades dont les observations ont été publiées, nous avons constaté que la très grosse majorité se rapportaient à la femme. Nous n'en avons pas fait le pourcentage car une statistique dans ces conditions n'aurait forcément pas grande valeur : nombre d'observations ne sont pas publiées, d'autres auraient pu nous échapper, et nous préférons nous en rapporter aux consciencieuses recherches de nos prédécesseurs.

Roersch (1) fait porter sa statistique sur 358 cas dont 322 sont cités dans la thèse de Aldibert (2)

(1) ROERSCH. — *Revue de chirurgie*, 1893 N° 7, page 529.

(2) ALDIBERT. — *Thèse de Paris*, 1892.

qui avait lui-même réuni les observations de Tscherning, Maurange, (1) etc. . . .

Dans la statistique de Aldibert, nous trouvons sur un nombre de 153 cas dans lesquels le sexe du malade est indiqué, 121 femmes contre 32 hommes, soit une proportion de 79,09 pour cent. Si aux cas d'Aldibert nous ajoutons ceux que Roersch a recueillis, nous trouvons 41 femmes pour 4 hommes, soit en faisant le total, une proportion de 81,80 femmes contre 18,20 hommes sur cent cas. Lauper (2) a opéré 22 péritonites tuberculeuses dont 16 femmes et 6 hommes, ce qui fait une proportion de 72 %.

Peut-être cette proportion est-elle exagérée, mais à notre avis elle doit l'être de bien peu, car c'est à peu près la même que nous avons constatée dans les cas publiés depuis la thèse de Maurange. Mais fut-elle très exagérée qu'il n'en reste pas moins certain que la péritonite tuberculeuse est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Pourquoi cette plus grande fréquence chez la femme ?

Cette plus grande fréquence, qui nous paraît indiscutable, nous semble facilement explicable.

Le bacille pour pénétrer dans la séreuse peut employer plusieurs voies. Tantôt c'est par la voie sanguine que se fera l'infection, tantôt par la voie lymphatique, tantôt la maladie se transmettra direc-

(1) MAURANGE. — *Thèse de Paris*, 1889.

(2) LAUPER. — *Deutsch. zeitschr. f. chir.* 1901. Vol. 59. page 281.

tement de la plèvre au péritoine et enfin le bacille pénétrera fréquemment par les parois intestinales primitivement infectées.

A tous ces modes d'infection, communs aux deux sexes, vient s'en ajouter un autre chez la femme et c'est précisément l'infection du péritoine par les organes génitaux.

Quelquefois chez l'homme la tuberculose génitale peut déterminer l'apparition d'une péritonite tuberculeuse ; témoin ce malade dont M. le docteur Bouglé nous a conté l'observation. Il l'opéra pour une péritonite et à l'opération on put constater que les lésions péritonéales siégeaient surtout dans le petit bassin et que là on avait vu que les vésicules séminales de ce jeune malade, très nettement tuberculeuses, étaient évidemment le point de départ de la tuberculose du péritoine ; mais ce sont là des cas exceptionnels.

Comme le font très justement remarquer M. le professeur Brouardel et M. Terrillon, les organes génitaux de l'homme, éloignés de la grande cavité péritonéale, en sont pathologiquement à peu près indépendants.

Ils sont bien enveloppés par une membrane séreuse, la vaginale, pierre de touche des affections génitales de l'homme, comme le péritoine est, dit le professeur Brouardel, le véritable réactif des organes génitaux de la femme. Et cette considération est encore plus exacte pour ces derniers. L'utérus, recouvert par le péritoine en partie seulement, réagira sur lui beau-

coup moins que les annexes, la tuberculose du col, la tuberculose de l'isthme devront théoriquement réagir peu sur le péritoine. Le fond de l'utérus malade, plus ou moins, suivant que l'infection sera plus ou moins profonde. Mais pour les trompes et l'ovaire la situation change. La trompe est non seulement en contiguïté mais même en continuité avec la séreuse. Les franges du pavillon appartiennent pathologiquement au péritoine au moins autant qu'à la trompe. Quant à l'ovaire, enveloppé de toutes parts on aurait peine aussi à comprendre qu'il reste isolément malade.

Nous verrons dans nos observations que ce qui théoriquement devrait se passer, existe réellement et que le péritoine est plus ou moins profondément, plus ou moins vite atteint, suivant l'organe malade.

AGE

Si nous relevons l'âge des malades dont les observations sont recueillies dans les travaux cités plus haut, nous relèverons dans la statistique d'Aldibert (tuberculose péritonéale se rapportant à des femmes).

17 cas au-dessous de 10 ans	
17 cas de.....	11 à 15 ans
38 cas de.....	15 à 20 ans
34 cas de.....	20 à 25 ans
26 cas de.....	25 à 30 ans
22 cas de.....	30 à 40 ans
19 cas de.....	40 à 50 ans
4 au-dessus de 50 ans.	

Ajoutons à ces observations que parmi nos malades ou dans les observations que nous avons recueillies et qui ne sont point comprises dans les travaux précédents, nous trouvons la proportion suivante :

Au-dessous de 15 ans. . . .		7 cas
Entre 15 ans et 20 ans. . .		9 —
— 20 —	25 — . .	27 —
— 25 —	30 — . .	15 —
— 30 —	40 — . .	11 —
— 40 —	50 — . .	2 —
Au-dessus de 50 ans. . . .		5 —

Nous pouvons conclure que la tuberculose péritonéale de la femme est surtout fréquente de 15 à 40 ans et l'on voit très nettement le nombre des cas diminuer au-dessus de cet âge. Dans ces observations nous relevons cependant quelques chiffres remarquables.

Une enfant de 8 mois. Deux de deux ans, et aussi des femmes de 51 ans (1), 54 ans (1), 60 ans (1), 64 ans (3), 68 ans (1), 78 ans (1).

Pourquoi cette plus grande fréquence de 15 à 40 ans.

Pendant la période prégénitale, les organes de la femme restent à l'état stationnaire, à l'état de vie latente.

Les autres parties du corps, les os, par exemple, qui sont le siège d'une vie plus active, par suite du travail incessant d'accroissement qui s'y passe offrent une résistance moindre à toutes les infections. Nous

voyons alors s'y développer, sous une influence qui serait banale à un autre moment, une maladie grave. L'ostéomyélite est l'exemple le plus frappant, le plus fréquent aussi de ce fait. Et aussi chez les adolescents, la tuberculose osseuse est fréquente, beaucoup plus que chez l'adulte, incomparablement plus aussi que chez le vieillard.

Ce qui se passe dans d'autres tissus se passe aussi, croyons-nous, dans les organes génitaux.

À la puberté ils prennent très rapidement un développement considérable. Trompes, utérus, ovaires viennent prendre dans l'organisme un rôle prépondérant. Comme tout organe en train d'évoluer, ils sont le siège d'une hyperhémie considérable. Et, de même que nous voyons les cartilages de conjugaison s'infecter alors facilement, de même à ce moment les organes génitaux constituent un véritable lieu de moindre résistance où les infections trouveront un terrain propre à se développer; et c'est précisément là, croyons-nous avec M. Bouilly, qu'il faut chercher la cause de la fréquence de ces poussées d'ascite des jeunes filles répondant bien à l'infection tuberculeuse facile des organes génitaux en évolution.

Puis cette période d'évolution se termine. Les organes génitaux vont-ils rester stationnaires ?

Non, ils conservent une vie active, leur évolution commencée à la puberté se continuera jusqu'à la ménopause, de moins en moins active à partir d'un certain âge : et nous constatons avec la décroissance de l'activité fonctionnelle, la diminution progressive

de la réceptivité pour les bacilles. C'est ce qui nous explique que, à partir de la ménopause, les cas de tuberculose génitale soient de moins en moins fréquents.

A ces causes il faut ajouter que, pendant cette période, les chances d'infection venant du dehors, comme le coït, par exemple, sont plus fréquentes et plus variées et tout cela nous expliquera suffisamment la plus grande fréquence de la tuberculose à ce moment.

Cependant, avant comme après la période génitale, des cas de tuberculose ont été signalés, mais en proportion beaucoup moins considérable; en effet, ces organes peuvent se tuberculiser comme tous les autres, mais ils ne sont plus, pour les bacilles, le terrain d'appel qu'ils sont au moment de leur vie active.

En dehors de cette prédisposition qui est commune à toutes les femmes, il est d'autres raisons qui prédisposent les organes génitaux à l'infection tuberculeuse.

L'HÉRÉDITÉ

C'est d'abord l'hérédité. Nous n'insisterons pas ici, sur ce point qui ne présente rien de particulier à la question que nous avons en vue.

L'hérédité tuberculeuse et alcoolique prédispose aussi bien à la tuberculose génitale qu'à celle des poumons. Fréquemment nous relevons, dans nos observations, la trace de cette influence. Il suffit de

jeter les yeux sur nos observations, pour se convaincre de cette vérité.

Mais, à côté de ces cas, il en est d'autres où, malgré une recherche consciencieuse, il est impossible de trouver une tare héréditaire quelconque.

Il ne faut donc pas exagérer l'influence de ce facteur; mais nous reverrons, en étudiant le diagnostic qu'il faut toujours rechercher avec soin l'état de santé des antécédents.

MALADIES ANTÉRIEURES

Un autre fait que nous voyons dans quelques observations, c'est la misère matérielle ou physiologique, causée par des maladies antérieures. Fréquemment, les malades atteintes de tuberculose péritonéo-génitale ont été, dans leur jeunesse, frappées de rougeole, de scarlatine, de gourme, de fièvre typhoïde, etc., et surtout de chloro-anémie. Ce sont des prédisposées, des malades de moindre résistance, qu'il suffira d'un rien pour infecter. Ce rien n'est pas toujours facile à mettre en évidence, et fréquemment les recherches resteront infructueuses : souvent cependant on trouve à peu près le moment ou le mode dont s'est faite l'inoculation.

HYPOPLASIE GÉNITALE

Hegar et ses élèves admettent la prédisposition de certains organismes pour la tuberculose génitale. Il a observé, dit Martin, (Congrès de Rome 1902) que

la tuberculose est relativement fréquente dans les cas de développement insuffisant des organes génitaux, dans l'hypoplasie génitale. Martin ne trouve pas cette cause évidente. Pour notre compte, nous avons rencontré cette atrophie des organes génitaux, et en particulier de l'ovaire, mais dans des cas trop rares pour nous être fait là-dessus une opinion ferme, et nous nous demandons si cette hypoplasie doit être considérée comme cause et non plutôt comme effet de la tuberculose.

MODE D'INFECTION

Il faut distinguer, dans la tuberculose génitopéritonéale, plusieurs cas.

1° La lésion péritonéo-génitale est secondaire à une tuberculose généralisée ou à une grosse lésion pulmonaire.

2° La lésion péritonéale est primitive, la lésion génitale secondaire.

3° La lésion génitale est la lésion primitive.

1° *La lésion péritonéo-génitale est secondaire.* — Nous éliminons, tout d'abord, les cas de granulie, de tuberculose aiguë dans lesquels la tuberculose péritonéale ou génitale n'est qu'un incident de peu d'importance. Quant aux autres cas de tuberculose secondaire, sans sortir complètement de notre sujet, ils présentent pour nous moins d'intérêt. Ils sont fréquents s'il faut en croire la plupart de ceux qui se sont occupés de la question. Cependant, M. Cor-

nil (1) estime qu'il n'y a plus de tuberculose génitale sur 50 ou 60 autopsies de femmes phtisiques. Ce n'est pas l'opinion de Namias (2) qui la rencontre douze fois sur cent phtisiques. Quant à M. Brouardel (3) il va encore plus loin, puisqu'il dit : « Presque toutes les femmes phtisiques, dont nous « avons pu faire l'autopsie, avaient leur appareil génital affecté : chez les unes on trouvait dans les « trompes du pus ou du muco-pus... de même alors « que l'utérus et les annexes ne contenaient pas de « tubercules, des fausses membranes soudaient ces « organes entre eux et témoignaient du travail morbide qui avait envahi les organes génitaux sous « l'influence de la phtisie générale. »

Kiwisch (cité par Brouardel) trouve un cas de tuberculose génitale sur 40 autopsies de tuberculeuses. Schramm (cité par mademoiselle Gorovitz) trouve un cas sur 24 autopsies de tuberculeuses.

Turner (cité par mademoiselle Gorovitz) trouve 18,5 de lésions génitales sur 100 autopsies de femmes tuberculeuses.

En somme, bien que les opinions diffèrent, quant aux chiffres exacts, il n'en est pas moins vrai qu'il est fréquent, à l'autopsie de tuberculeuses, de rencontrer des lésions péritonéales et génitales.

Le plus souvent d'ailleurs, ces lésions n'ont donné

(1) CORNIL. — *Leçons sur l'anat. pathol. des mét. salping. cancer.* Editeur Félix Alcan 1889.

(2) NAMIAS. — 1^{er} *mémoire* Vol. IX del *memorie del istituto stesso.*
« 2 *mémoire* Vol. IX » o » à Venise 1858-1861.

(3) BROUARDEL. — *Thèse de Paris*, page 32.

lieu qu'à peu de symptômes durant la vie et sont des trouvailles d'autopsie.

Dans ces cas la lésion péritonéale peut procéder de deux façons : elle peut procéder de la lésion primitive au même titre que la lésion génitale. Le péritoine et les organes génitaux, si l'on peut s'exprimer ainsi, sont malades chacun pour leur propre compte. Ou bien la lésion génitale est la première lésion secondaire et à son tour devient le point de départ de la péritonite tuberculeuse. La question est en somme, pour nous, de peu d'importance.

Le point de départ est banal ; c'est le plus souvent le poumon qui est en cause ; celui-ci infecte à son tour d'autres organes : os, synoviales, intestin, péritoine, organes génitaux.

La voie suivie par le germe infectant est tantôt la voie lymphatique, tantôt la voie sanguine.

L'infection par voie lymphatique est, à première vue, possible ; sans la nier, nous avouons n'en avoir pas trouvé d'exemple probant, ni dans nos observations, ni dans toutes celles que nous avons rencontrées.

L'infection par voie sanguine est non seulement possible, mais à peu près évidente. Elle peut se faire, d'après Dervaux (1), par voie artérielle ou par voie veineuse. Nous ne pouvons pas suivre M. Dervaux dans l'étude intéressante à laquelle il se livre à ce sujet. Il a constaté dans les lésions

(1) Dervaux. — *Thèse de Paris*, 1902.

au début, de la trompe en particulier, un mode de distribution spécial, soit dans le tiers externe de la trompe, soit dans le tiers interne et le fond utérin, soit dans le segment utérin inférieur.

Comparant ce fait avec la description des réseaux artériels de cette région, telle que la donnent par exemple, MM. Rieffel et Fredet, il constate que cette topographie répond exactement à des terrains artériels très tranchés, et que la plus ou moins grande fréquence est en rapport avec la richesse artérielle de ces régions.

De plus, M. Cornil a trouvé des cellules géantes dans les vaisseaux et autour des vaisseaux artériels, dans les lésions peu avancées.

L'infection par voie veineuse est rare, mais possible. M. Dervaux en cite dans sa thèse un cas probant, emprunté à Camelot (1), où le point de départ était une tuberculose rénale.

2° *La lésion péritonéale précède la lésion génitale.* — Ce mode d'infection des trompes est admis par la plupart des auteurs.

« Les tubercules de la trompe, développés primitivement ou consécutivement à des granulations « du péritoine voisin, se reconnaissent généralement « à l'œil nu... (CORNIL).

Il est vrai que ce mode d'infection paraît logiquement pouvoir se produire. La trompe ouverte directement dans le péritoine peut servir de lieu de sortie

(1) CAMELOT. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1901.

pour tout ce qui se trouve dans le péritoine, comme il ressort des expériences de Pinner (1).

Les exemples, sans être extrêmement nombreux, ne sont pas rares et il est des cas qu'on ne peut guère interpréter autrement. M. Dervaux cite, p. 16, le cas « d'une jeune fille de 21 ans atteinte de péricitonite tuberculeuse secondaire à une ulcération iléo-cœcale. Le cul-de-sac de Douglas était rempli de détritrus purulents et l'extrémité des deux trompes prolabées dans ce cul-de-sac baignait dans ce magma. Jusqu'au point où elles étaient immergées, ces deux trompes étaient tuberculeuses. L'inoculation s'était faite évidemment par contact, par une sorte d'aspiration des produits du cul-de-sac. »

A. Martin, dans sa communication au Congrès de Rome, admet ce mode de transmission comme fréquent.

M^{lle} Gorovitz admet aussi la possibilité de l'infection descendant par le péritoine d'abord malade. Il est vrai qu'elle range dans cette catégorie les cas où le péritoine, tuberculisé soit par voie sanguine, soit par l'intestin, réagit, provoque autour des organes génitaux des adhérences qui s'organisent et au moyen de ces adhérences, par voie lymphatique, infecte les organes génitaux.

A côté de ce cas, elle admet aussi l'infection par le liquide de l'ascite tuberculeuse sans adhérence,

(1) PINNER. — *Arch. für anat. und. physiol. (Phys. Obth.)* 1886.

la trompe aspirant le liquide qui transporte le bacille.

Ce cas, d'ailleurs, malgré l'opinion de J. Veit (1), doit être extrêmement rare, car la péritonite tuberculeuse détermine rapidement la production d'adhérences par lesquelles l'infection se fait beaucoup plus facilement. Le plus souvent, d'ailleurs, il est difficile de savoir si c'est le péritoine qui a été d'abord malade, ou bien si la lésion initiale qui a infecté le péritoine n'a pas, en même temps, infecté la trompe.

Nous croyons donc que, si ce mode d'infection n'est pas impossible, il est pour le moins extrêmement rare, beaucoup plus que l'infection en sens inverse, c'est-à-dire de la trompe ou de l'ovaire et de l'utérus vers le péritoine.

3° *La lésion génitale précède la lésion péritonéale.*—

La tuberculose génitale est, dans ce cas, souvent primitive. Cette localisation, en temps que localisation primitive, niée par Scanzoni et Klebs, a été longtemps mise en doute. Nous avons expliqué déjà pourquoi nous pensions que cette localisation, sur un organe dont la vie est si active, doit être assez fréquente. D'ailleurs, depuis le moment où les chirurgiens ont commencé à opérer les lésions annexielles, on a constaté fréquemment que des lésions, que l'on croyait banales, étaient de nature tuberculeuse.

(1) Congrès de Rome, compte-rendu en *Revue de gynécologie*, Décembre 1902, page 4053.

Depuis ce moment, de nombreuses observations ont été publiées, dans lesquelles la lésion génitale était manifestement primitive. Il est probable que si, de parti pris, on examinait toutes les pièces de salpingo-ovarite qui sont enlevées chirurgicalement, leur nombre deviendrait plus considérable. Nous avons nous-même un cas dans lequel, les annexes étant enlevées, nous avons, par acquit de conscience, fait examiner l'ovaire qui, extérieurement et à la coupe ne présentait aucune trace de tuberculose, ni d'inflammation quelconque et dans lequel on a trouvé des cellules géantes très caractéristiques (Observation 20).

Parmi toutes les observations que nous avons compulsées, nous en avons trouvé un grand nombre dans lesquelles la lésion primitive était nettement génitale.

Mossler, sur 46 cas de tuberculose génitale, en trouve 9 cas primitifs.

Spaeth, sur 119 cas, en trouve 27 qui sont primitifs.

Williams la considère comme beaucoup plus fréquente qu'on ne la croit généralement.

Cependant, elle n'est pas actuellement admise par tout le monde. Amann, au dernier Congrès de Rome, semble nier à peu près complètement la tuberculose génitale primitive : « Les constatations cliniques, « quel que soit le caractère de certitude qu'elles « présentent, ne sont jamais irréprochables, de même « que les lésions trouvées au cours d'opérations, « étant donné que, sur le vivant, on ne peut jamais

« savoir exactement s'il n'existe pas, en quelque
« endroit de l'organisme, un petit foyer qui fut le
« point de départ de la tuberculose. »

De plus, Amann ajoute que souvent la lésion initiale est dans un petit ganglion péribronchique, qui, tuberculeux à un moment donné, a infecté la trompe et s'est ensuite calcifié, de telle sorte, que même à l'autopsie, il passerait inaperçu.

C'est possible, mais nous n'en avons pas la preuve et il nous paraît plus en rapport avec les faits, d'admettre que souvent la lésion génitale est la lésion primitive.

Enfin, Amann objecte que les lésions de la vulve et du vagin seraient bien plus fréquentes dans le cas de tuberculose venue du dehors. Nous répondrons plus loin à cette objection.

Quant à celle qui consiste à dire que l'infection par cette voie laisserait des traces, nous croyons pouvoir répondre que l'infection tuberculeuse, par une exco-riation du vagin ou de la vulve, peut très bien laisser des traces insignifiantes qui doivent forcément passer inaperçues, même à un examen minutieux.

J. Veit et Amann l'admettent d'ailleurs pour les petites ulcérations de la muqueuse intestinale qui seraient, d'après eux, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit.

Au même Congrès, A. Martin (de Greifswald), admet l'existence d'une tuberculose primitive ascendante et J. Veit (de Leyde), passant à un crible sévère les observations publiées, en retient quelques-unes

comme absolument incontestables. D'ailleurs, beaucoup d'expérimentateurs se sont appliqués à démontrer la possibilité de cette localisation primitive; contentons-nous de citer les noms de Landouzy et Martin (1), Turt Jani (2), Sirena et Pernice (3), Solles (4), Spano (5), Gaertner (6), Cornil et Dobroklonsky (7) et enfin, M^{lle} Gorovitz (8), qui est arrivée à produire expérimentalement, chez le cobaye, la tuberculose utérine et péritonéale.

Pour notre compte, nous croyons assez fréquente la tuberculose génitale primitive de la femme, mais nous ne nous refusons pas à admettre que, dans bien des cas, la porte d'entrée passe inaperçue comme dans ceux dont Amann voudrait faire la règle générale. Les rapports qui existent entre la tuberculose génitale et la péritonite tuberculeuse n'en seraient nullement modifiés, surtout dans les cas où cette lésion, passant au premier plan, éclipse complètement la lésion primitive, très minime et souvent à peu près guérie.

Cette localisation tuberculeuse se rencontre à peu près à tous les âges de la vie, mais comme nous l'avons dit, elle se rencontre plus fréquente de 15 à 40 ans.

(1) LANDOUZY et MARTIN. — *Revue de Médecine*, 1883, page 1014.

(2) TURT JANI. — *Virchows Archiv.*, 1886. Bd. C. 111, page 522.

(3) SIRENA et PERNICE. — *Gaz. degli. ospit.*, 1887.

(4) SOLLES. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1892, page 52.

(5) SPANO. — *Revue de la tuberculose*, 1893, page 322.

(6) GAERTNER. — *Zeitschr. für Hyg.* Bd. XIII.

(7) CORNIL et DOBROKLONSKY. — Congrès de la tuberculose. Paris, 1888.

(8) GOROVITZ. — *Thèse de Paris*, 1900, page 15.

L'inoculation se fait de façons très diverses. Nous laissons volontairement de côté la tuberculose des organes génitaux externes. Quand ils sont seuls atteints, le péritoine n'est nullement mis en cause. S'ils coïncident avec une tuberculose des organes génitaux internes, ils n'en ont pas pour cela plus de rapports avec notre sujet. Nous laisserons aussi de côté, pour la même raison, la tuberculose du col utérin.

La contamination vient de l'extérieur. Nous ne nous attarderons pas à l'opinion qui fait de l'air extérieur l'agent de transmission. Le vagin est une cavité virtuelle dans laquelle, normalement, l'air ne pénètre pas. Mais les bacilles peuvent être apportés par les linges, vêtements, objets de toilette. Weigut (1) en cite un cas très net. Les mains peuvent transporter la contagion soit par les soins de propreté, soit pendant la masturbation.

Nous avons, parmi nos observations, un cas dans lequel la contamination s'est faite, probablement par un de ces modes :

OBSERVATION I

Inédite

Recueillie dans le service de M. le docteur BOUILLY

Juliette B..., 23 ans. Entrée le 13 septembre 1902. Salle Velpeau, lit n° 5.

Antécédents héréditaires. — Elle a sept frères et sœurs qui

(1) WEIGUT. — *Archiv. Virchow.* LXVII 1879 page 261.

sont bien portants. Une sœur cependant est malade, elle a toujours eu le ventre très gros. A l'âge de dix ans, on lui a par ponction retiré 18 litres de liquide en trois fois. Depuis cette sœur a maigri beaucoup, est devenue une tousseuse, crache beaucoup. Elle a eu une suppuration du pied. Elle est, me dit la malade, probablement poitrinaire. Elle n'a jamais été réglée. Fait à noter: *La malade a toujours, jusque vers l'âge de 18 ans, couché dans le même lit que sa sœur.*

Antécédents personnels. — Jamais malade dans sa jeunesse. Elle a été réglée à 14 ans; à ce moment, elle eut pendant 6 mois des douleurs dans le ventre mais elle ne remarqua pas que son ventre ait grossi. Toujours bien réglée, jamais de pertes blanches.

1897 (à 18 ans) un enfant bien portant jusqu'à trois ans, puis il se mit à tousser et eut tous les hivers une longue bronchite. Le père est bien portant, il n'a rien de bacillaire.

Depuis son accouchement elle est malade, elle a des douleurs de ventre, des vomissements pendant un mois. Puis son état s'améliora et au bout de trois mois elle devint très grosse, se mit à souffrir beaucoup du ventre, sensation de pesanteur, de flot liquide.

Les règles, depuis cette grossesse, sont irrégulières, viennent seulement tous les quatre ou cinq mois, peu abondantes, et durant deux jours à peine.

Elle a, avant les règles, des douleurs de colique, la matrice lui semble plus lourde, dit-elle. Pertes blanches très abondantes pendant une huitaine de jours par mois, ne s'accompagnant pas de douleurs plus exagérées, jambes souvent enflées, fonctions digestives bonnes, sauf une constipation presque continuelle.

Urines normales, un peu de toux pendant l'hiver.

Avril 1900. Elle est opérée à l'Hôtel-Dieu par M. le docteur Clado pour péritonite tuberculeuse.

8 Mai 1900. Elle part à la campagne. Les règles sont revenues depuis, pendant cinq ou six jours, tous les mois puis plus

fréquemment, et enfin cette année, très régulièrement, plus abondantes et durant cinq jours.

Les pertes blanches entre les règles ne sont réapparues que un an après l'opération. Depuis trois mois, elles sont à peu près constantes.

Les douleurs de ventre n'ont pas diminué. La malade a eu pendant six mois de la cystite très douloureuse.

Les règles sont douloureuses et occasionnent des coliques violentes, — durant une huitaine de jours avant les règles.

La malade entre dans le service, pour une éventration qui s'est produite très peu de temps après la sortie de l'Hôtel-Dieu.

Le 17 Septembre, je fais la cure de son éventration. Je constate qu'il n'y a pas de granulations péritonéales, pas d'ascite. Mais, dans le petit bassin, la trompe droite est volumineuse, bosselée, dure, nettement tuberculeuse. La trompe gauche, un peu volumineuse, ne présente à la vue aucune lésion appréciable.

Un mois plus tard, la malade part à la campagne. Actuellement elle tousse, maigrit, est très fatiguée, elle a eu, depuis un mois, un ou deux crachements de sang. Il est donc à craindre que la tuberculose ne se généralise et n'atteigne maintenant l'appareil pulmonaire.

Quelquefois, c'est par l'intermédiaire du médecin ou de la sage-femme que le bacille est amené (doigts ou instruments).

Fréquemment, c'est dans la vie génitale qu'il faut chercher la voie d'apport.

Le coït peut-il être mis en cause? Oui, pour la plupart des auteurs; non, pour quelques-uns.

Quelquefois, il peut simplement servir de moyen de transport, les organes de l'homme étant par eux-mêmes sains, comme le montre le fait suivant:

OBSERVATION II

SPRINGER. — *Zeitschrift. für Heilkunde*, tome XXIII, fasc., 1, 1902 (*In sem. gyn.*, 2 sep. 1902).

Femme, 35 ans, est prise, après quatre ans de mariage, de tuberculose miliaire. Le corps entier est farci de tubercules; seules les trompes présentent de la dégénérescence caséeuse.

L'anamnèse apprend que le mari, de descendance tuberculeuse, avait l'habitude, avant chaque coït, d'enduire sa verge de sa propre salive. On remarquera que le vagin était resté complètement indemne.

Le plus souvent, c'est le sperme lui-même qui doit être mis en cause. Nous ne pensons pas que les tuberculoses génitales externes de l'homme jouent un rôle important. Elles sont rares, et quand elles existent, elles rendent difficiles les rapports sexuels. Mais le sperme d'un tuberculeux peut-il transmettre la tuberculose?

Cette opinion a été brillamment soutenue par Verneuil, puis par son élève Verchère (1). Jani (2) l'a prouvé expérimentalement, ainsi que la plupart de ceux qui ont recherché les bacilles dans le sperme des tuberculeux. Cependant, quelques expérimentateurs sont arrivés à des résultats négatifs.

M. Fernet en rapporta deux cas à la Société médicale des hôpitaux, 1883. Derville (3), reprit la ques-

(1) VERCHÈRE. — *Thèse de Paris*, 1885.

(2) JANI. — 1886. *Arch. für. anat. pathol.* pagé 530.

(3) DERVILLE. — *Thèse de Paris*, 1887.

tion et la traite complètement. Il rapporta plusieurs observations à l'appui de cette opinion.

Il faut, dit-il, distinguer deux cas. Ou bien le sujet présente des lésions tuberculeuses de ses organes génitaux, ou bien il n'y a pas de lésions apparentes.

Derville admet que le sperme, dans ces deux cas, puisse contenir des bacilles tuberculeux.

Il cite l'exemple d'un jeune homme qui, examiné par M. Cornil, présenta des bacilles dans le pus d'une uréthro-cystite.

D'ailleurs, ces faits sont connus, et tout le monde sait qu'un écoulement uréthral, souvent peu abondant, la blennorrhée tuberculeuse de Ricord peut être pendant très longtemps, le seul symptôme d'une tuberculose génitale.

Dans l'urine même de ces malades, on peut fréquemment trouver des bacilles. Rosenstein en a trouvé dans l'urine d'un malade ne présentant pas de lésion pulmonaire, mais qui était atteint d'une épидidymite tuberculeuse.

Mais, à côté de ces cas, il en est d'autres où les lésions génitales n'existent pas.

Le sperme peut-il être alors contaminant ?

Il semble résulter des expériences de Landouzy et Martin (loc. cit.) que dans ces conditions le sperme puisse parfaitement transmettre la tuberculose. De même, d'après les expériences, pensent Sirena et Pernice (loc. cit.). Bien qu'il manque souvent, la constatation directe du bacille dans le sperme, nous

croions bien, d'après ces expériences, que le sperme d'un individu tuberculeux, même ne présentant pas de lésions génitales apparentes peut, chez la femme, déterminer la tuberculose. Elliot (1), Jeannel (2), Ojemann (3) concluent dans le même sens.

Cette opinion, d'ailleurs, a été fortement battue en brèche par quelques chirurgiens. Parmi ceux-ci, M. Reclus a été un ardent défenseur de la non contagiosité du sperme dans ces conditions. M. Reclus pose entre autres l'objection reprise par Amann au Congrès de Rome, que, si le sperme était infectant, ce serait le vagin, le col, la vulve qui seraient atteints, mais que le fond de l'utérus, la trompe (l'ovaire, bien entendu, n'est pas en cause) seraient le plus souvent indemnes, et, qu'en réalité, c'est le contraire qui se produit. Nous reviendrons, un peu plus loin, sur cette préférence du bacille pour un lieu plutôt que pour un autre.

On a dit, et Amann en particulier, au dernier Congrès de Rome, que si cette contagion était admise, le nombre des tuberculoses génitales de la femme devrait être beaucoup plus considérable qu'il ne l'est en réalité.

Mais il ne suffit pas que le bacille soit déposé dans le vagin de la femme pour que celle-ci devienne

(1) ELLIOT. — *Americ. journ. of obstetri.*, février 1892.

(2) JEANNEL. — Congrès de Toulouse, 24 septembre 1887.

(3) OJEMANN. — *Thèse Tübingen*, 1897.

tuberculeuse. La moindre érosion vaginale ou vulvaire, sur laquelle sera déposé le sperme, pourra très facilement servir de porte d'entrée ; mais dans un vagin sain, sans excoriation, le bacille pourra très facilement rester ou être détruit, sans que la femme devienne tuberculeuse. Il est, en effet, admirablement placé pour se défendre : « Que le vagin reste sain avec « son épais revêtement épithélial, cela n'a rien d'étonnant, comme la trachée dans la phtisie, à cause « de la nature même de leur épithélium. (Sippel). »

De plus, la direction du vagin, la permanence de la sécrétion, font que le drainage s'en établit très facilement et que, naturellement, les produits tuberculeux auront moins de tendance à y séjourner et à y proliférer.

De plus, les soins de propreté, les injections, les lavages qui tendent, de nos jours, à se généraliser sont des modes de protection efficaces pour la muqueuse vaginale.

L'utérus aussi se défend mieux, son tissu musculaire a peu d'affinité pour la tuberculose. De plus, son drainage s'établit le plus souvent assez facilement, et surtout la présence des règles, comme le fait remarquer Sippel, est un énergique moyen de défense. Il s'établit à ce moment, dans l'utérus, un courant assez intense pour entraîner au dehors les produits tuberculeux, et non-seulement, les règles agissent de cette façon, mais la chute même de l'épithélium entraîne mécaniquement tout ce qui peut exister de tuberculeux dans l'utérus.

En dehors même des règles, la sécrétion utérine permanente établit un léger courant qui suffit à le défendre.

Cependant, la muqueuse utérine est relativement riche en glandes et en replis, et cette simple disposition anatomique explique que la tuberculose y soit plus fréquente que dans le vagin.

Quant à la trompe, elle présente les meilleures dispositions pour la pullulation des bacilles. Transversalement placée, son drainage ne se fait pas mécaniquement comme dans les premières parties du canal génital. De plus, par la présence de ses replis si nombreux, elle retient, presque inévitablement, les germes qui vont s'y déposer. Sippel s'exprime ainsi :
« Le bacille tuberculeux est un paresseux garçon ; il
« prend son temps, et, en effet, il faut qu'il ait le temps
« de se développer. Mais ce temps, il l'a dans la mu-
« queuse resserrée au plus haut degré dans la trompe,
« tandis que dans l'utérus, il reste difficilement fixe,
« car la muqueuse en est plus lisse. De plus, le cou-
« rant sécrétoire est plus rapide dans l'utérus, et
« avant tout, la menstruation est non seulement un
« continuel courant vers le dehors, mais aussi cette
« chute répétée d'une partie de l'épithélium entraîne
« les bacilles avec les cellules qui tombent. En même
« temps, le tissu utérin apporte une plus grande éner-
« gie dans la lutte de cellule à cellule, contre les
« toxines tuberculeuses. »

Pour ces raisons, le bacille, le plus souvent, ne s'implante pas dans le vagin, laisse indemne l'utérus,

ou du moins l'infection de ce dernier est bénigne. Mais de là l'infection s'étend à la trompe. On ne trouve pas souvent de traces de passage, parce que les lésions ou bien sont légères, ou bien sont déjà disparues au moment où à son tour la trompe est atteinte. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'admettre, comme le font quelques-uns, l'aspiration du sperme bacillifère au moment de l'acte vénérien, non plus que sa projection dans le fond de l'utérus.

Il y a, en effet, un autre mode d'infection, c'est la voie lymphatique qui suffit parfaitement à transporter les germes du vagin et de la vulve jusque dans la trompe, où le bacille entrera en évolution.

« Que l'infection ait lieu plus facilement lorsqu'il
« existe en même temps une lésion de la vulve ou
« du vagin, cela n'offre aucun doute ; mais, pour
« expliquer la plupart des cas, cette lésion n'est nul-
« lement nécessaire.... le microbe et les lésions qu'il
« occasionne se propagent par continuité le long de
« la muqueuse. Rappelons toutefois que le bacille
« peut cheminer sans occasionner de lésions jus-
« qu'aux trompes ; celles-ci peuvent rester seules
« atteintes, ou bien de là, les lésions peuvent par
« voie descendante gagner peu à peu les régions
« sous-jacentes (J. Veit) (1). »

On ne peut pas toujours cependant incriminer ce mode de contagion. En effet, la tuberculose des organes génitaux est fréquente chez les vierges et il

(1) J. VEIT.— Congrès de Rome 1902 in. *Revue de gynécol.* p. 1055.

faut admettre, dans ce cas, que la propagation s'est faite par les doigts, les linges, etc., à moins, ce qui est fréquent, que la lésion ne soit secondaire à un autre foyer très minime.

Vierordt (1) entre autres, rapporte une observation de péritonite tuberculeuse, chez une enfant de six ans qui présentait une vaginite tuberculeuse avec bacilles et qui paraît avoir été la porte d'entrée de la péritonite. La voie génitale pour le péritoine n'est donc pas pour cet auteur un mode d'infection impossible chez l'enfant.

D'ailleurs, la manière dont se fait l'infection n'est pas toujours facile à trouver et, dans bien des cas, on se heurte à une impossibilité. Il ne faut pas, cependant se laisser influencer par ces faits et il faut rechercher avec soin si la cause d'infection ne peut pas être découverte.

CAUSES OCCASIONNELLES

Quelquefois, il y a une cause occasionnelle palpable. C'est le cas par exemple, lorsque la tuberculose péritonéo-génitale se met à évoluer après un accouchement.

Chez un sujet indemne jusque-là, dont les antécédents sont absolument négatifs, on voit quelquefois une tuberculose génito-péritonéale prendre naissance et évoluer aussitôt après un accouchement.

Il faut, évidemment, qu'il y ait un apport bacillaire

(1) VIERORDT. — *Deutsch. Archiv. für klin. Med.* XI, p. 114.

dont souvent la cause échappe, mais l'accouchement est nettement l'occasion qui a favorisé, soit la naissance, soit l'évolution rapide de la tuberculose.

Si nous jetons les yeux sur les travaux de nos prédécesseurs, nous voyons que M. Namias (1) avait remarqué ces rapports ; il disait que « l'état puerpéral « donne lieu souvent à cet envahissement. »

Rokitansky avait fait la même remarque. Kiwisch (2) cite deux observations personnelles, dans lesquelles l'état puerpéral sembla prédisposer à la tuberculose primitive de l'utérus.

Dans les observations suivantes, l'accouchement semble bien avoir été l'occasion du développement de la tuberculose génito-péritonéale.

OBSERVATION III

SCHELLONG.— Centralb. gyn. N° 27, 1885.

(Traduction personnelle résumée)

Un cas de péritonite tuberculeuse miliaire, pendant la puerpéralité.

Femme, 24 ans. Vers la fin de sa grossesse divers troubles, mal dans le bas ventre, défaillances pour lesquelles elle a dû garder le lit. Enfant à maturité. Après huit jours, fièvre, douleurs, ballonnement de l'abdomen.

Ponction. Morte après 14 jours.

Autopsie.— Adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine intestinal. Péritonite diffuse. Les circonvolutions

(1) NAMIAS. — 2^e Mémoire, page 5.

(2) KIWISCH. — Vol. I, page 241.

intestinales forment une masse réunie par des adhérences sur lesquelles sont, en grande quantité, des granulations jaunâtres adhérentes au diaphragme et aux organes sous-jacents. Utérus et rectum unis par les mêmes adhérences. Entre la vessie et l'utérus, ces membranes forment une cavité dans laquelle on trouve de 2 à 300 grammes de liquide crémeux purulent. Tuberculose des deux poumons et des plèvres. Tube digestif normal. Utérus de volume ordinaire, de consistance ferme. Rien d'anormal dans la muqueuse. Paramétrium normal. La trompe droite montre, dans ses 2/3 externes, une dégénérescence caséuse; en partie ramollissement superficiel. La muqueuse de la trompe gauche est seulement rouge et enflée. Les ovaires sont entourés d'adhérences, mais ne présentent aucune lésion. Péritonite purulente tuberculeuse. On trouve des bacilles. Le point de départ de la tuberculose était, vraisemblablement, la trompe droite. Avant l'accouchement, tuberculose de la trompe; après l'accouchement le processus a marché avec une violence nouvelle.

OBSERVATION IV

HÜNERMANN. Arch. F. Gyn. 43. 1893

(Traduction personnelle)

Femme, 25 ans. Famille saine. Il y a 7 ans, accouchement facile, suites normales. Dans le troisième mois, nouvelle grossesse avec maux de reins et de dos et autres indispositions. Dans le cinquième mois, fausse couche, avec assez forte perte de sang. Après quelques jours pertes fétides, fièvre.

8 jours après l'accouchement, matité dans les deux poumons, toux, dyspnée très forte, bas-ventre très enflé et douloureux à la pression. Dans le vagin, lochies fétides rougeâtres, glaireuses. Utérus antifléchi, mou, douloureux au toucher. Morte la dix-huitième semaine après ses couches.

Autopsie. — Double salpingite caséuse. Tuberculose mi-

liaire du poulmon, du foie, de la rate, du rein, du péritoine et de la plèvre. Utérus en état puerpéral. Péritonite fibrino-purulente et tuberculose généralisée; l'extrémité abdominale des deux trompes est dilatée comme le pouce, enroulée sur elle-même. Dans la muqueuse de l'utérus, grande quantité de bacilles. Les trompes contiennent aussi une matière jaunâtre graisseuse.

La muqueuse des trompes est fortement froncée; les plis des franges sont, à leur extrémité, renflés en massue. Partout, épithélium disparu. Pas d'ulcérations. Le tissu de soutien des plis montre une infiltration de petites cellules. Cellules géantes très nettes. Grande quantité de bacilles dans la zone d'infiltration des petites cellules. L'utérus contient une masse fétide jaune-grise. Dans la muqueuse de l'utérus nombreux bacilles tuberculeux, mais pas de noyaux tuberculeux.

OBSERVATION V

THIERCELIN.— Société anatomique, avril 1889, page 313. — *Tuberculose primitive des trompes, du corps et du col de l'utérus et du vagin, consécutive à un avortement. Tuberculose pulmonaire consécutive.*

Françoise, 24 ans, ouvrière, entre le 12 février 1889, salle Saint-Landry, Hôtel-Dieu. Service de M. Cornil.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, jamais eu d'enfant, bien portante jusqu'ici. Fausse couche de 4 mois, en octobre dernier. A la suite, ménorrhagie abondante, fièvre et douleurs dans le bas-ventre. Température atteignant 40°. Resta 2 mois à la Maternité avec des symptômes de péritonite. Elle perdait abondamment en blanc et avait, par jour, trois injections. Sort de la Maternité, très amaigrie. 15 jours après sa sortie, vomissements incessants, douleurs dans le bas-ventre. Amaigrissement croissant de jour en jour. Seul, l'abdomen

reste augmenté de volume. Elle est obligée de se coucher, puis d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, très amaigrie, traits tirés, répond avec lenteur aux questions. Température, matin, 37°5 ; le soir, 39. Appétit faible, langue blanche, vomissements fréquents, surtout quand les douleurs abdominales s'exagèrent. Alternance de diarrhée et de constipation. Ventre un peu augmenté de volume, douloureux à la palpation, surtout à l'hypogastre. On sent, dans cette région, un empâtement qui s'étend à droite et remplit, en partie, la fosse iliaque. Cette région est mate à la percussion. Urines normales.

La malade n'a pas eu ses règles depuis sa fausse couche, mais, depuis cette époque, elle a eu constamment de la leucorrhée. Le toucher vaginal révèle un empâtement des culs-de-sac, surtout du postérieur, et la présence d'ulcérations granuleuses sur les deux lèvres du col utérin. Pas d'examen au spéculum. La malade ne tousse pas. Aucun signe par l'auscultation très attentive. Bientôt arrêt de la diarrhée. Les vomissements et la leucorrhée persistent, l'abdomen devient douloureux, l'amaigrissement augmente rapidement. Température 38-39. Malade se cachectisant rapidement.

12 mars, la malade se met à tousser. Aux sommets, craquements secs légers. La cachexie et les lésions pulmonaires font de rapides progrès. Bientôt, râles sous-crépitants dans les deux poumons.

Pendant tout le temps de sa maladie, la malade se plaint d'une leucorrhée abondante et reçoit, tous les jours, deux injections au sublimé.

Autopsie. — 14 avril.

Péricarde contient du liquide séreux.

Cœur. — Insuffisance et rétrécissement mitral.

Plèvre droite. — Remplie de granulations tuberculeuses et de liquide louche.

Poumon droit. — Cavernules et tubercules dans les deux lobes supérieurs.

Plèvre gauche. — Liquide sérofibrineux.

Poumon gauche. — Mêmes lésions qu'à droite, mais moins avancées.

Diaphragme. — Recouvert sur ses deux faces de granulations analogues à des lentilles ou à des grains de chènevis.

Grand épiploon. — Adhère en bas au bord supérieur de la vessie et aux organes du petit bassin épaissi, rempli de granulations tuberculeuses et de masses caséeuses. Il est séparé de l'intestin grêle par un liquide fibrineux, peu abondant; contenu dans une loge, limité en avant, par l'épiploon; en arrière, par l'intestin; en bas, par les organes du petit bassin.

Les organes du petit bassin sont agglutinés et il est impossible de les isoler sur le cadavre.

Au milieu du petit bassin, apparaît un corps volumineux, semblant être l'utérus et à droite de lui, on aperçoit le pavillon de la trompe droite ouverte dans la cavité péritonéale, mais difficilement reconnaissable.

Après les avoir enlevés, en masse, M. Cornil les isola et reconnut les lésions suivantes :

L'utérus semble d'abord augmenté de volume, dans le sens de la longueur, mais on reconnut, bientôt, que la trompe gauche était repliée plusieurs fois sur elle-même, et formait ainsi une masse arrondie, enfermée dans une enveloppe fibreuse, et coiffant le fond de l'utérus, auquel elle adhère intimement. Cette trompe est très dilatée et, sectionnée transversalement, montre un pus caséeux et épais qui la distend. Le pavillon de cette trompe gauche est absolument perdu dans cette masse.

Trompe droite à sa place normale, mais très augmentée de volume, avec des sinuosités qui la font ressembler à une circonvolution cérébrale. Elle est également tout entière contenue dans une enveloppe fibreuse, et sa section fait voir, également, un pus épais et caséeux. Le pavillon de cette trompe est, comme nous l'avons dit, ouvert dans sa cavité péritonéale. Il est très épais et présente, à chacune de ses

franges, l'aspect d'une végétation caséeuse. Toute la surface interne de l'utérus est recouverte de bourgeons irréguliers, surtout développés en un point de la paroi utérine, qui devait être le lieu d'infection du placenta.

Sur ces bourgeons, granulations très nombreuses et masse caséeuse opaque et saillante. De semblables bourgeons recouvrent la portion utérine du col, mais ceux-ci sont moins proéminents et semblent d'un processus plus récent.

L'orifice externe du col est déchiqueté et irrégulier, et présente des éraillures profondes, surtout au niveau de son bord postérieur et de sa commissure droite.

Sur toute la portion vaginale du col, il existe des pertes de substance profondes et taillées à pic, dont les bords présentent, par place, des corps jaunâtres ressemblant à des tubercules. Ces ulcérations sont très profondes, elles ont en partie détruit la portion vaginale du col utérin, et l'ont transformé en une sorte de tissu spongieux. Le vagin présente également, sur ses parois, de nombreuses ulcérations.

Celles-ci forment des groupes de 5 à 10 situés, l'un sur la paroi postérieure, l'autre sur la paroi antérieure. Quelques-unes sont disséminées sur les parois, au niveau de la partie moyenne du vagin, mais les plus petites de ces ulcérations ont quelques millimètres de diamètre, et sont parfaitement circulaires, taillées comme à l'emporte-pièce.

Les plus larges, formées par la réunion de plusieurs petites, ont des bords irréguliers et une forme moins nettement définie. Une d'entre elles, située à la partie moyenne de la paroi postérieure, a au moins un millimètre de diamètre.

Ces ulcérations ont leurs bords taillés à pic mais elles sont beaucoup moins profondes sur le vagin que sur le col utérin. Le fond est inégal et recouvert d'une matière caséeuse et puriforme. La tunique séreuse de l'intestin est recouverte de granulations, mais la tunique muqueuse du tube digestif ne présente aucune ulcération.

Foie volumineux. Capsule de Glisson recouverte de granulations. Les autres organes ne présentent rien à noter.

Réflexions. — C'est un cas manifeste de tuberculose primitive des organes génitaux, car les accidents pelviens ont été les premiers en date, et ce n'est qu'après les organes du petit bassin que le péritoine fut envahi, par la tuberculose et, en dernier lieu, les poumons.

Cette observation doit être ajoutée aux observations, déjà nombreuses, de tuberculose primitive des organes génitaux de la femme. Le traumatisme utérin produit par la fausse-couche a été, ici, le point de départ des accidents, et la plaie placentaire a été, manifestement, la porte d'entrée de la bacillose. Il reste à savoir d'où sont venus les germes.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré qu'il y avait un bourgeonnement assez considérable du tissu conjonctif du corps et du col de l'utérus. Dans le corps, en particulier, on a affaire à de grandes végétations irrégulières, fibreuses et vascularisées, dont les vaisseaux possèdent des parois épaissies. Ces vaisseaux offrent même des lésions inflammatoires chroniques de leur membrane interne, comme cela a lieu après la gestation. Ce tissu conjonctif végétant du corps, se rapporte, bien évidemment, au point de l'implantation du placenta. Par place dans ce tissu on trouve, soit une infiltration étendue par des cellules hyalines atrophiquées, soit des ilots caséux plus petits et bien limités. Ces derniers siègent, surtout, autour des vaisseaux. Nous n'avons pas vu de cellules géantes, dans les ilots, ni dans les infiltrations caséuses.

Lésions analogues dans la muqueuse du col.

Ulcérations vaginales.

Les bords sont infiltrés de petites cellules et cette infiltration s'étend dans une étendue d'un demi à un millimètre. Dans toute cette partie enflammée, les vaisseaux sont oblitérés par des coagulations de fibrines englobant les cellules lymphatiques. Nous n'avons pas vu là de cellules géantes,

mais seulement, à la périphérie sous l'épithélium, encore intact, des ilots arrondis.

Nous n'avons pas pu y découvrir des bacilles de la tuberculose.

La présence d'une autre lésion génitale peut aussi être la cause du développement de la tuberculose. Cependant, nous ne croyons pas qu'il faille attribuer à la présence d'une autre tumeur, une trop grande influence.

Sur les observations que nous avons relevées dans la thèse d'Aldibert et dans le travail de Roersch, c'est-à-dire sur 162 cas, nous voyons la coexistence d'une tuberculose génito-péritonéale, avec un myome utérin, chez une femme de 32 ans, avec un kyste ovarique, chez des femmes de 38 ans, 39 et 42 ans, avec une tumeur ovarique généralisée, chez une jeune fille de 16 ans. Dans nos observations, nous voyons un kyste végétant de l'ovaire, à 48 ans. Observation n° 29. Un kyste de l'ovaire, à 38 ans.

Ces complications sont donc assez rares, et nous croyons, pour notre part, que si leur influence n'est pas absolument nulle, elle est au moins très modérée, et nous ne serions pas éloigné de croire qu'il n'y faut voir que de simples coïncidences, plutôt que des relations de cause à effet.

Il n'en serait peut-être pas de même d'une maladie aiguë, la blennorrhagie, par exemple, qui met passagèrement les organes en état de moindre résistance, de sorte qu'alors, le bacille pénétrant d'une façon ou

d'une autre, trouve un terrain favorable à son développement. Nous ne trouvons, cependant, que très peu de faits qui militent en faveur de cette opinion. Peut-être ce rapport n'a-t-il pas été cherché avec assez de soin. Il y aurait peut-être là, un très petit point à éclaircir.

FAITS CLINIQUES

DE TUBERCULOSE GÉNITO-PÉRITONÉALE

La réaction péritonéale. — Lorsque c'est l'utérus qui est en cause primitivement la propagation au péritoine se fait plus difficilement et plus lentement.

La propagation peut se faire de plusieurs façons :

1° *Propagation par le fond utérin.*

La tuberculose envahit, peu à peu, toute la paroi utérine et, de proche en proche, pénètre dans le tissu sous-péritonéal. Il apparaît alors, sous la séreuse, les petites granulations caractéristiques de la péritonite tuberculeuse. A partir de ce moment, la marche de la tuberculose devient banale ; nous y reviendrons un peu plus loin, et il se produit soit de la péritonite tuberculeuse à forme ascite, soit de la péritonite à forme sèche.

Nous voyons la disposition des granulations dans le tissu sous-péritonéal du fond de l'utérus et sur ses bords : d'ailleurs, dans le plus grand nombre de cas,

la propagation s'est faite aussi par la trompe, et il est souvent difficile de savoir comment s'est faite tout d'abord la propagation.

2° *La propagation peut se faire par la voie lymphatique ou par la trompe.*

Dans l'observation suivante, on voit que le fond de l'utérus primitivement malade a infecté le péritoine peut-être par ces trois modes à la fois.

OBSERVATION VI

ADENOT. — *In Gazette hebdomadaire*, 11 septembre 1902. .

J. S., 17 ans, entrée le 18 septembre 1897. Salle Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires. — Tuberculeux. Père mort d'affection pulmonaire. Mère bien portante, 4 frères dont 2 sont morts, l'un tuberculeux. Une bronchite, une hémoptysie. Réglée à 15 ans 1/2 irrégulièrement.

Juillet 1897, c'est-à-dire il y a deux mois, brusquement douleurs dans le ventre. Elle dut cesser son travail pendant 15 jours et garder le lit pendant 8 jours.

Il y a 6 jours, ces douleurs revinrent brusquement. Elle se remit au lit. La douleur se généralise rapidement à tout l'abdomen et au moment où elle est examinée à l'hôpital, les malaises douloureux ne prédominent pas d'un côté ou de l'autre du ventre. La douleur est généralisée, sourde, tolérable.

La palpation ne paraît pas exagérer beaucoup la douleur, mais l'examen est difficile car les muscles de la paroi abdominale se défendent énergiquement; il n'existe ni vomissements, ni nausées, anorexie profonde. Diarrhée habituelle depuis plusieurs semaines, remplacée par de la constipation depuis quatre jours.

Amaigrissement considérable, adynamie prononcée; la per-

cussion dénote une matité en damier, à carreaux disséminés irrégulièrement. Il n'y a pas de matité dans la déclivité des flancs, sensation nette de flot.

La palpation révèle des masses dures, irrégulières au niveau des parties mates; le ventre est uniformément tendu et légèrement augmenté de volume.

Les culs-de-sac vaginaux ne présentent rien de particulier. L'utérus est en position normale et indépendant de la masse principale abdominale; pas de fièvre. Leucorrhée légère.

Aux poumons, légère submatité au sommet droit, pas de signes évidents de ramollissement.

En résumé, tuberculose péritonéale ascitique. Malgré les signes de cachexie évidente et quelques symptômes pulmonaires, nous pratiquons une laparotomie. Mort le 24 novembre 1897, environ deux mois après l'opération.

Autopsie. — En ouvrant la cavité abdominale on constate des adhérences du grand épiploon à la paroi antérieure sur la ligne médiane et à la masse intestinale sous-jacente mais surtout aux organes contenus dans le petit bassin, du côté gauche, où il forme une grosse bride, dont l'extrémité inférieure est absolument adhérente à la paroi antérieure et supérieure de la cavité pelvienne du côté gauche.

Les anses intestinales sont modérément distendues, bien qu'elles soient plus ou moins adhérentes, les unes aux autres, ainsi qu'aux organes voisins, par de minces tractus fibreux très irrégulièrement disposés.

Les adhérences deviennent beaucoup plus nombreuses et plus résistantes au niveau du petit bassin. Mais en outre, on voit que l'ouverture antérieure aboutit à un trajet fistuleux irrégulier qui s'étend en bas et en avant de chaque côté avec prédominance bien plus accusée du côté gauche. Plus on pénètre dans les parties profondes de l'excavation et plus on trouve les anses intestinales adhérentes entre elles, et aux organes génitaux refoulés en avant et en bas, en outre on trouve immédiatement en arrière de l'utérus, au centre de

l'excavation, une masse du volume du poing constituée par un liquide séreux contenu dans une néo-membrane mince qui lui donne l'aspect gélatiniforme; une incision permet l'écoulement de ce liquide.

La trompe gauche forme un cordon du volume du petit doigt à paroi épaisse, replié sur lui-même avec oblitération du pavillon; en outre, immédiatement au-dessous de la trompe et du bord gauche de l'utérus, se trouve une masse arrondie, aplatie d'avant en arrière, du volume d'une grosse montre et de consistance pâteuse, occupant la place de l'ovaire entre les feuillets du ligament large, épaissi et adhérent à la partie inférieure.

Une incision faite sur cette masse, montre qu'elle est constituée par une substance caséuse demi liquide, ayant pour parois les feuillets du ligament large, épaissi.

On ne trouve plus aucune trace de l'ovaire. On rencontre seulement, dans le voisinage, des ganglions caséux au sein d'un tissu conjonctif sclérosé.

On incise aussi la trompe qui se trouve immédiatement au-dessus de l'abcès caséux et on voit que sa cavité manifestement distendue contient une matière jaunâtre caséuse qui infiltre aussi la muqueuse, tandis que les parties externes du conduit sont épaissies et évidemment sclérosées.

Du côté droit, les parois de la trompe sont aussi un peu épaissies, avec oblitération du pavillon, mais sans lésions caséuses appréciables. Impossible de trouver l'ovaire au sein du tissu sclérosé qui se trouve à ce niveau et auquel adhèrent plusieurs ganglions, présentant des tubercules caséux.

Le corps est porté contre le pubis, un peu à droite de la ligne médiane, il offre à la palpation une consistance un peu molle, comme pâteuse. Le col est presque effacé, se continuant pour ainsi dire avec la paroi vaginale dont il ne se distingue que par un léger bourrelet échancré sur les parties latérales, ce qui indique vraisemblablement une grossesse antérieure,

toute la muqueuse du corps de l'utérus est infiltrée de matière caséuse.

Cette matière pénètre la muqueuse un peu irrégulièrement, c'est-à-dire plus ou moins profondément dans le tissu musculaire, qui ne forme qu'une couche mince de cinq millimètres d'épaisseur, environ.

Les plèvres, adhérentes sur toute leur hauteur sont un peu épaissies, blanchâtres, mais sans présenter la moindre plaque fibreuse, indice d'une pleurésie ancienne.

Le poumon présente sur toute son étendue des tubercules crus, isolés ou agglomérés pour former des nodules de la grosseur d'un pois à une noisette; assez nombreux dans les lobes supérieurs et moyens, plus rares dans le lobe inférieur. On ne trouve pas de cavernes, ni même de trace évidente de lésions anciennes.

L'examen microscopique montra la nature tuberculeuse des lésions.

Conclusion. — La présence de ces lésions caséuses considérables est plutôt en faveur d'une lésion tuberculeuse primitive du fond de l'utérus, d'autant plus que cette opinion concorde avec tous les autres phénomènes relatés par l'autopsie, et notamment avec l'absence de gros foyers caséux sur quelque autre organe.

Quant aux lésions des poumons (tubercules), elles se présentent sous la forme nodulaire, diffuse, manifestement secondaire.

Quel a été enfin le mode de contamination de l'utérus ?

Les antécédents génitaux de cette malade manquent. Ce qui est certain, c'est que, malgré son jeune âge, l'hymen était absent et que l'autopsie a permis de considérer, comme probable, une grossesse antérieure.

Ce mode de propagation de la tuberculose s'étendant de l'utérus au péritoine, en passant par la

trompe, est mis en évidence par une observation de Sippel, qui nous paraît, ainsi qu'à lui, avoir la valeur d'une véritable expérience.

Cette observation nous a paru assez importante pour être traduite complètement.

OBSERVATION VII

SIPPEL. *Deutsch medic. Wochenschrift*, 27 décembre 1894.

Page 974

(Traduction personnelle)

Jeune fille de 20 ans me consulte le 14 mai 1891, pour une affection abdominale. Enfant, elle avait été bien portante ; ensuite, elle eut de l'anémie.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement, quelquefois interruption de trois mois, avec aussitôt après, sans aucune douleur, perte modérée de sang.

Depuis un an, douleur dans le ventre pendant les règles. Depuis trois mois, douleur fixe dans le côté droit de l'abdomen. Les parents sont morts tuberculeux, les frères et sœurs sont bien portants.

Pendant l'anesthésie on constate :

Vierge. Utérus petit, en position normale, mobile. De l'utérus sort une petite quantité de mucosités claires.

L'ovaire droit, prolabé, est bosselé et un peu augmenté de volume. Trompe du volume d'un crayon avec une petite nodosité ferme. L'épaississement de la trompe s'étend de l'ostium utérin jusqu'à l'extrémité abdominale. La palpation détermine, même pendant la narcose, une manifestation de douleur, tandis qu'une pression assez forte sur les annexes du côté sain ne détermine aucune douleur.

Parametrium sain.

Diagnostic. Salpingo-ovarite droite. Étiologie complètement

obscur. On ne devait pas penser à la tuberculose. Tous les autres organes étaient sains.

Pendant huit semaines, on chercha par les bains, tamponnements, etc..., à obtenir une amélioration, mais la maladie s'aggrava. La malade ne pouvait plus rien manger, à cause de la douleur continuelle et violente. Elle maigrissait de plus en plus, et, pour calmer ses douleurs, on dut la piquer avec des doses de plus en plus fortes de morphine.

17 Juillet. *Laparotomie.* — Aussitôt le diagnostic s'éclaira.

La trompe et l'ovaire étaient sur toute leur surface, parsemées de granulations tuberculeuses, pas très nombreuses, mais caractéristiques. La muqueuse de la trompe était tuberculeuse dans toute son étendue; la paroi en était également modérément couverte; la lumière était obstruée par une grande quantité de débris tuberculeux (dont l'examen histologique a été fait).

Autour de l'orifice tubaire du côté droit, le péritoine pelvien est couvert de granulations miliaires isolées. Au surplus, du côté gauche, le péritoine était absolument sain, de même que les annexes de ce côté. Bien qu'à mon avis, celles-ci soient exposées plus tard à devenir malades, je ne pus me décider à enlever le côté sain et rendre ainsi cette malade stérile.

29 Juillet. — La malade sort en pleine convalescence. Les règles reviennent à intervalles réguliers, sans douleur, et en quantité moyenne.

Cet état satisfaisant dure jusqu'au premier janvier. Alors, se forma, du côté gauche, une lésion semblable à celle qu'on avait constatée à droite.

29 Février 1892. — Seconde Laparotomie. — On enlève les annexes gauches tuberculeuses. On avait fait auparavant un grattage de l'utérus, qui, encore maintenant, n'est pas augmenté de volume.

Les débris de muqueuse enlevés sont macroscopiquement

normaux. L'examen histologique montra nettement des cellules tuberculeuses.

Il n'exista ni maintenant, ni auparavant, aucune perte de sang, ni aucun écoulement pathologique de l'utérus. Il est intéressant de constater, qu'après la première opération, les granulations tuberculeuses du côté droit avaient disparu. Au lieu de cela, les environs de l'ostium de la trompe gauche en étaient couverts.

Le reste du péritoine était absolument sain. Un morceau d'ovaire fut laissé, afin de conserver la menstruation et d'empêcher l'influence atrophiante de la castration complète sur l'utérus.

La deuxième opération eut le même résultat favorable que la première. Les douleurs cessèrent, la malade est subjectivement et objectivement guérie. Elle satisfait sans peine aux exigences que comporte la vie d'une femme de son âge.

La cavité utérine fut soignée plus longtemps. Les règles, après six semaines, sont revenues normales, avec un peu de douleur.

Il y a maintenant deux ans et demi depuis la dernière opération. La malade n'a jamais montré depuis aucune trace de tuberculose.

Voilà donc une jeune fille vierge dont l'utérus est malade. Il infecte d'abord la trompe droite; celle-ci infecte directement le péritoine, puis c'est la trompe gauche qui s'infecte, et à son tour, le péritoine du côté gauche. Il s'agit donc ici d'un cas type de tuberculose ascendante.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher de cette observation celle qui a été publiée par M. Nélaton, et qui présente avec celle-ci plus d'un point commun.

Là encore, nous pouvons assister, comme en une expérience, au point de départ de la tuberculose péri-

tonéale. La propagation s'est faite nettement de la trompe au péritoine. L'utérus avait probablement été légèrement infecté et était le point de départ véritable de l'infection.

OBSERVATION VIII

NÉLATON. — *Annales de gynécologie*, 1896,
page 122, tome II.

Emilie S..., âgée de 22 ans, lingère, entrée le 11 mai 1896, lit n° 1.

Antécédents personnels. — La malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle n'aurait été atteinte d'aucune maladie pendant cette période de son existence, ni rougeole, ni scarlatine.

A l'âge de 12 ans, elle souffre pour la première fois du ventre ; celui-ci grossit rapidement, sans douleurs fortes ni localisées.

La malade reste alitée pendant cinq mois et, au bout de ce temps, l'abdomen ayant repris son volume normal, la guérison semble être complète. A l'âge de 15 ans, au moment de l'établissement des premières règles, et après trois ans de guérison apparente, les mêmes phénomènes se reproduisent, identiquement semblables à ceux de la première atteinte. A ce moment (1890), elle est présentée à M. Terrillon, qui l'admet dans son service à la Salpêtrière et lui fait subir une laparotomie.

La malade guérit rapidement de l'opération et, depuis, elle n'a jamais vu l'abdomen augmenter de volume comme autrefois. Elle ressent encore, cependant, de vagues douleurs et de la pesanteur au niveau de l'abdomen. Elle entre dans le service de M. Nélaton, le 11 mai 1896. A son entrée, le ventre est

souple et normal; on voit la cicatrice de la première opération au niveau de la ligne blanche.

Au toucher, l'utérus, en rétroversion légère, est enclavé entre deux masses volumineuses et indurées, occupant les culs-de-sac, et répondant, selon toute probabilité, à des annexes malades, kystiques et adhérentes.

On décide de faire une laparotomie, suivie d'ablation des trompes.

L'opération a lieu le 15 mai.

A l'ouverture du péritoine, celui-ci présente un aspect absolument normal; les intestins sont lisses, les intestins sont refoulés vers le diaphragme, et, pour découvrir la cavité pelvienne, il faut dégager, par pressions douces, l'intestin adhérent par un tissu cellulaire, lâche, lamelleux, à la paroi et aux organes de l'excavation.

Les annexes se présentent alors sous l'aspect de deux corps, du volume d'un gros œuf d'oie, ellipsoïdaux et réunis aux cornes utérines, en forme d'un S.

Ligature du pédicule et enlèvement facile des deux côtés.

La paroi est recousue, pansement; les fils sont enlevés au bout de dix jours; la malade sort guérie le 7 juin.

Les pièces enlevées constituaient deux masses sensiblement égales, du volume d'un œuf d'oie. L'une d'elles, la droite, ouverte accidentellement, laisse échapper un liquide purulent, rappelant le pus des abcès froids et vraisemblablement de nature tuberculeuse. L'examen de cette pièce, fait aussitôt après l'opération, montra qu'elle était constituée par la trompe dilatée, tenant à l'utérus par son extrémité flexueuse, et par l'ovaire. Trompe et ovaire étaient enveloppés par une sorte de gangue, ménageant des poches pleines de liquide, sur la paroi desquelles on distinguait très nettement des granulations, représentant, en un mot, les dernières traces de la péritonite tuberculeuse qui avait nécessité l'opération de M. Terrillon, en 1890.

L'examen histologique et bactériologique montra la nature tuberculeuse des lésions.

Je rapporte cette observation, parce qu'elle me paraît démontrer : 1^o Que la laparotomie de M. Terrillon, avait amené la guérison des lésions péritonéales et que cette guérison s'était maintenue pendant six ans ; 2^o Que la cause de la péritonite n'avait pas été atteinte par la simple ouverture et que les lésions originelles avaient continué à évoluer.

Souvent, la trompe est seule en cause, primitivement, et l'utérus, s'il est malade, n'est atteint que secondairement. Dans ces cas encore, comme dans celui de Sippel, on voit très nettement la propagation de la trompe vers le péritoine. A ce propos, M. Bouilly s'exprime ainsi : (*Semaine gynécologique*, 1896, page 369) « Si l'on examine les lésions de
« près, on ne peut se défendre de l'idée que la
« tuberculose a d'abord envahi la trompe. Les lésions
« y sont portées à leur maximum et paraissent plus
« anciennes qu'en tout autre point. Le péritoine
« périsalpingé est farci de granulations tubercu-
« leuses, à un degré plus ou moins avancé. Même
« semis de granulations sur l'ovaire, sur les ailerons
« du ligament large, sur le péritoine pelvien. Mais,
« l'abondance est toujours plus considérable sur les
« annexes qu'en tout autre point et les granulations
« y sont véritablement confluentes. Quel que soit le
« mode d'entrée de la tuberculose, c'est sur les
« organes génitaux que semble s'être concentré et
« localisé tout l'effort de l'envahissement tubercu-
« leux.

« Dans un premier type, le moins avancé, les
« trompes, les ovaires, le péritoine qui forment leur
« enveloppe séreuse, sont seuls à peu près infiltrés
« et recouverts de granulations tuberculeuses. A un
« degré plus avancé, aux lésions tuberculeuses de la
« trompe et de l'ovaire, s'ajoutent celles de l'utérus,
« du péritoine pelvien, des anses intestinales, qui
« plongent dans le cul-de-sac rétro-utérin. Dans un
« troisième degré, le péritoine pariétal sous-ombi-
« lical, les anses intestinales, situées au-dessous et
« jusqu'au niveau de l'ombilic, sont recouverts d'un
« semis tuberculeux.

« Enfin, à un degré plus avancé, toute la cavité
« abdominale, contenant et contenu, est parsemée
« de granulations, avec cette particularité que les
« lésions sont toujours les plus anciennes et les plus
« avancées sur les organes génitaux et dans le petit
« bassin. »

Le professeur Spinelli, de Naples, est encore plus affirmatif au sujet des rapports qui unissent la péritonite et la salpingite tuberculeuses ; il s'exprime ainsi :

« D'après ma propre expérience, la plupart des
« cas de la tuberculose péritonéale, chez la femme,
« sont d'origine génitale ».

Comment se fait cette propagation de la trompe vers le péritoine ? Un simple coup d'œil, jeté sur les observations, nous montre que la propagation peut se faire de deux façons.

Au début, la lésion siège dans la muqueuse ; la

cavité de la trompe n'est pas oblitérée, l'infection se fait très facilement par le pavillon de la trompe. C'est le cas de l'observation de Sippel. De l'orifice, partait comme une étoile, dont les rayons étaient constitués par des granulations tuberculeuses.

Plus tard, la paroi de la trompe s'infiltré assez rapidement ; si l'infection se fait par voie sanguine, la totalité de son épaisseur devient tuberculeuse, et, sous le péritoine qui la recouvre, nous voyons apparaître les granulations caractéristiques. Fréquemment, aussi, la propagation doit emprunter la voie lymphatique pour se rendre sous le revêtement séreux.

Lorsque l'envahissement tuberculeux a fait naître une réaction plus vive, la trompe s'est oblitérée ; il s'est formé des adhérences, et c'est surtout par le moyen de ces adhérences que se fait l'extension du processus. C'est, d'ailleurs, ainsi que se fait la propagation, de proche en proche, dans la pelvipéritonite tuberculeuse. Les adhérences qui, d'une part, protègent la grande cavité péritonéale sont, d'autre part, une des voies de propagation les plus sûres pour l'infection.

De toutes façons, le péritoine infecté réagit de deux façons : par la forme ascitique ou par la pelvipéritonite.

PÉRITONITE A FORME ASCITIQUE

C'est une forme fréquente qui répond, croyons-nous, plutôt aux cas légers, à ceux dans lesquels l'envahissement de la paroi tubaire est peu prononcé et où la muqueuse surtout est en cause.

L'infection péritonéale se fait alors par l'extrémité de la trompe. Cependant, ce n'est pas une règle absolue, et, dans nombre d'observations, on trouve des lésions très avancées des organes génitaux avec une péritonite à forme ascitique.

C'est dans ce cadre qu'il faut faire rentrer une forme spéciale: « L'ascite essentielle des jeunes filles. »

Cruveilhier (1) décrit sous ce nom une ascite qui serait idiopathique, se produisant chez les jeunes filles, au moment de la puberté ou peu de temps après. Elle se caractérise par ce fait que l'épanchement péritonéal semble constituer toute la maladie, apparaît sans trouble, et peut, après être resté stationnaire, se résorber et disparaître.

Besnier (2), après avoir discuté cette forme, semble la rejeter. Ces cas répondraient à des faits où le diagnostic aurait été incomplet. Toutes les observations qu'on connaît sont incomplètes et, par conséquent, sans valeur.

(1) CRUVEILHER. — *Anat. path. générale*, t. III, p. 214-691; t. IV, p. 60-67.

(2) BESNIER. — *Dict. Dechambre*, article : Ascite.

En 1892, Courtois Suffit (1) étudie des faits de péritonite chronique, sans rapport avec la tuberculose, ni le cancer, etc... Il cite, entre autres, l'opinion de Enoch :

« Je crois que West (1884) se trompe en disant
« que les péritonites chroniques d'enfants sont tu-
« berculeuses. Il y a des cas de péritonite chro-
« nique simple et on ne conçoit pas pourquoi le pé-
« ritoine ne serait pas le siège d'un épanchement
« séreux simple. »

« Cette forme est caractérisée par une évolution
« lente, par l'absence de douleurs, ni à la pression,
« ni spontanément. On ne trouve aucune affection
« des reins, ni du cœur. C'est une affection idiopa-
« thique. Il est d'ailleurs difficile de distinguer cette
« péritonite de la péritonite tuberculeuse. »

Courtois Suffit conclut :

« Nous croyons infiniment rare cette péritonite,
« ayant peine à envisager comme distincte une ma-
« ladie sans symptômes particuliers, sans étiologie
« spéciale, etc..... Jusqu'à plus ample informé,
« nous croyons qu'il s'agit là de péritonite tubercu-
« leuse. »

Mais, c'est surtout notre maître, M. le docteur Bouilly, qui insista le premier sur ce fait que l'ascite essentielle des jeunes filles n'est autre chose qu'une poussée de réaction péritonéale en relation avec la tuberculose des organes génitaux.

(1) *Manuel Charcot-Bouchard*, tome III, pages 635 et suivantes.

En 1893, à la Société de chirurgie (*Bulletins et mémoires*, page 548) il relata trois observations nettement démonstratives dans lesquels le tableau clinique était celui de l'ascite essentielle et où, à l'opération, il avait trouvé des lésions tuberculeuses des organes génitaux.

Cependant Brühl (1) admet qu'il existe une ascite idiopathique dont la cause nous échappe... Les symptômes sont les mêmes que ceux de la péritonite tuberculeuse. Cependant, il fait des réserves et dit qu'il n'y a peut-être là qu'une fluxion d'origine génitale, peut-être tuberculeuse.

Un an plus tard, M. Bouilly revint encore sur cette question et montra nettement, avec preuve à l'appui, le bien fondé de l'opinion qu'il avait soutenue à la Société de chirurgie. Dans un article de la *Semaine gynécologique*, 1890, page 369, il précisa presque tous les points particuliers à cette forme de péritonite tuberculeuse.

Ce n'est cependant pas l'opinion de Filatoff (2) qui admet l'existence d'une péritonite séreuse simple, caractérisée par la conservation de l'état général. Il cite un exemple où la laparotomie ne montra pas de lésions tuberculeuses apparentes.

Kissel, d'ailleurs, répondit à cette communication que, dans 15 cas qu'on lui avait présentés comme péritonite essentielle et qu'il a opérés, il s'agissait

(1) BRÜHL. — *Man. de Médecine*, Tome 5, pages 630 et 655.

(2) FILATOFF. — *Soc. de médecine de Moscou in gaz. hebdom.* 1897, n° 78.

toujours de tuberculose démontrée par l'examen microscopique ou bactériologique. Dans un mémoire publié en 1902 (1), il conclut que si on ne trouve pas la cause d'une péritonite, cirrhose du foie, péricardite, si on n'a pas affaire au gros ventre des rachitiques, il faut conclure à la péritonite tuberculeuse.

Nous croyons, pour notre part, que l'ascite idiopathique des jeunes filles n'est autre chose qu'une péritonite tuberculeuse, caractérisée par ce fait que les lésions tuberculeuses sont à leur période de début. Les observations présentées comme péritonites essentielles pèchent, comme le dit Kissel, parce qu'elles sont incomplètes; celles qui ont subi le contrôle de la laparotomie ou du microscope se sont évanouies en tant que péritonites essentielles.

L'observation suivante présente bien le type de la péritonite essentielle, et pourtant elle est péritonite tuberculeuse à point de départ génital.

OBSERVATION IX

Due à M. le docteur BOUILLY

(Inédite)

Joséphine C..., 26 ans, journalière. Entrée le 16 décembre 1901. Salle Velpeau, lit n° 9.

Antécédents héréditaires. — Mère morte bacillaire, une sœur morte bacillaire, 5 autres frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Petite vérole à 8 ans.

(1) *Archiv. f. Klin. chirurg.* Tome XIV, 2 page 373.

A quatorze ans, ascite avec œdème des membres inférieurs, bouffissure des paupières.

Règlée à 18 ans. Toujours bien réglée, mais règles peu abondantes. Leucorrhée constante.

Mariée à 21 ans, elle eut un enfant à 22 ans. Couches difficiles. Elle souffre du ventre depuis cet accouchement. Très vives au début, ces douleurs se calment peu à peu. Elles revinrent depuis trois mois. Elle souffre davantage du côté droit que du côté gauche.

Au toucher, on ne sent rien de périannexiel. Au spéculum, on constate la présence sur la lèvre postérieure du col, d'une ulcération grosse comme l'ongle du petit doigt, à bords taillés à pic, déchiquetée, à fond jaunâtre.

21 Décembre. — Curettage, puis excision au bistouri de l'ulcération et suture par un point de catgut transversal.

A ce moment, on sent dans le cul-de-sac une grosse masse annexielle, probablement bacillaire. L'examen de la portion du col enlevé montra qu'il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse.

Cette malade avait donc une lésion annexielle qui, latente jusque-là, avait donné lieu, à l'âge de 14 ans, à une poussée de péritonite dite essentielle.

Symptômes de la tuberculose génito-péritonéale à forme ascitique

Début. — Le début de l'affection se fait, en général, chez les jeunes filles, au moment de la puberté, ou peu de temps après. Dans ce cadre, on peut très bien faire entrer les cas de péritonite tuberculeuse chez des femmes jeunes, nouvellement mariées, et qui présentent un type clinique exactement semblable.

Cette forme est rare chez les personnes âgées. Le plus souvent, il s'agit de femmes vierges ou nulliparès. Le début est insidieux ; la malade s'aperçoit que, peu à peu, son ventre augmente de volume, que ses jupes la serrent trop. Cette augmentation de volume se fait très lentement, quelquefois en plusieurs mois, avant de devenir assez considérable pour forcer la malade à venir consulter.

C'est ce que nous rencontrons dans nos observations se rapportant à cette forme.

Dans l'observation suivante, nous voyons que l'augmentation de volume du ventre a commencé insidieusement un an avant que la malade se fasse opérer. C'est précisément ainsi que débute ce qu'on appelait l'ascite essentielle des jeunes filles.

OBSERVATION X

VARNEH. — *In Meditsinskoë, Obozriené XXXV*, 1891, n° 1, page 11. (*Traduite in Gaz. hebdom.*, 1891. N° 13, page 153).

Femme 23 ans, entrée à l'hôpital pour une ascite considérable. Le ventre a grossi depuis un an environ, et malgré deux ponctions et évacuations consécutives, l'épanchement se renouvelle bientôt. Ayant posé le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec épanchement et dégénérescence des trompes et des ovaires, on pratiqua la laparotomie.

A l'ouverture du ventre, on constata que toute la partie inférieure du péritoine, feuillet pariétal, est parsemée de tubercules. On trouve aussi des tubercules miliaires sur l'enveloppe séreuse des deux trompes et des deux ovaires, sur la face postérieure de l'utérus et très peu sur la partie inférieure

de l'épiploon. Extirpation des trompes et des ovaires, excision d'une portion du péritoine pour l'examen microscopique. Lavage à l'eau boriquée et suture de la paroi.

Les suites furent simples : rétablissement de la malade persistant plus d'un an après l'opération. On ne trouva de bacilles de Koch qu'en très petit nombre, et après des recherches restées longtemps infructueuses. Il est à remarquer que, malgré l'ablation totale et bilatérale des annexes, la femme continue à avoir ses règles tous les mois.

De même, dans l'observation suivante, la malade ne vient consulter que pour l'augmentation de volume de son ventre.

C'est une des observations qui fut présentée à la Société de chirurgie, en 1893, comme type de péritonite essentielle.

OBSERVATION XI

Due à M. le docteur BOUILLY

Péritonite et salpingite tuberculeuses. — Laparotomie. — Guérison.

Bau... Juliette, dix-huit ans, entrée dans le service le 13 juin 1892. Toujours bien réglée.

Depuis deux mois environ, a remarqué que son ventre grossissait, en même temps qu'elle ressent quelques douleurs. Etat général bon. Examen : ventre augmenté de volume, tendu fluctuation très nette. La matité existe partout, sauf dans les flancs (cicatrice ombilicale dépliée), et ne change pas quand on fait coucher la malade sur le côté. Si on fait asseoir la malade, la ligne blanche ne se laisse pas distendre.

Pendant huit jours, le ventre augmente rapidement de volume.

Opération le 19 juin. Dès l'incision du péritoine issue d'une grande quantité de liquide chyleux (10 à 12 litres). Péritoine épaissi. Dans le petit bassin, sur le feuillet pariétal, nombreuses granulations qui n'existent pas à la partie supérieure de la cavité abdominale.

Le péritoine qui tapisse l'intestin est sain.

Trompe gauche couverte de granulations tuberculeuses. Ovaire à peu près sain.

Trompe droite également recouverte de granulations, et à la coupe, on trouve dans l'intérieur des lésions de salpingite, en même temps que des matières caséuses, tandis qu'à gauche c'est plutôt la përisalpingite qui domine.

Drainage à la gaze iodoformée, qui est supprimé quatre jours après. Vers le 24 juin, la température atteint 38 à 39 degrés.

Réouverture du ventre, écoulement d'une grande quantité de sérosité avec un peu de pus, drain en caoutchouc. La température tombe dès le lendemain, et la malade quitte l'hôpital le 15 juillet, en bon état de santé.

La guérison s'est maintenue, la malade a été revue à plusieurs reprises, longtemps après l'intervention.

OBSERVATION XII

Due à M. le docteur BOUILLY

Péritonite tuberculeuse. — Annexite tuberculeuse. — Laparotomie. — Castration double. — Guérison.

Marie, 14 ans 1/2, entre au pavillon Velpeau, le 8 juin 1898. Lit n° 3. Pas d'antécédents tuberculeux, n'a jamais été malade, non réglée, vierge.

Il y a trois mois, on constate une augmentation du volume

du ventre, qui s'est, d'ailleurs, peu modifié depuis cette époque. La malade s'alite pendant six semaines, parce qu'elle est gênée pour marcher. Pas de douleur vive.

Examen.— Ascite non enkystée, ombilic saillant, ventre de batracien, molasse, sans trace de gâteau induré.

La circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, mesure 74 centimètres.

Etat général, médiocre.

Malade peu développée physiquement, amaigrissement notable depuis trois mois, appétit assez bon. Jamais de vomissements; selles normales, ni diarrhée, ni constipation. Miction normale. Plèvre, poumons et cœur sains.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

14 juillet 1898. — Laparotomie, castration double. Chloroforme, incision de 7 à 8 centimètres.

De 5 à 6 litres d'ascite. Péritoine pariétal et viscéral criblé de tubercules. Castration double. Aucune adhérence des viscères entre eux, fermeture de la paroi à deux étages. Gros drain à la partie inférieure de l'incision et deux mèches iodoformées dans le péritoine, pansement.

Le liquide est inoculé à un cobaye.

Examen de la pièce. — Trompes du volume du petit doigt, flexueuses, recouvertes de granulations renfermant un pus caséeux. Leur paroi est épaisse de 1 millimètre environ. Des deux côtés, les ovaires sont formés de masses purulentes, circonscrites par des coques de tissu ovarien, véritables éponges purulentes. Les trompes, à leur extrémité utérine, sont d'apparence saine sur la coupe.

Soir de l'opération, bon état, poids 120. Température normale. Langue humide, pas de vomissements.

On a été obligé de sonder la malade.

18 juin, ablation du drain. Mèche iodoformée.

21 juin, ablation des drains. La plaie abdominale semble cicatrisée.

24 juin, pansement. On constate que le trajet du drain s'est

rouvert. La sonde cannelée pénètre dans l'abdomen à 10 centimètres. On touche le trajet à la teinture d'iode.

5 juillet, état local stationnaire. Tous les deux jours, attouchement à la teinture d'iode.

Etat général excellent, considérablement modifié, teint rose, joues remplies, appétit bon.

Juillet 1898, sort guérie, ne portant plus de fistule.

Le cobaye, auquel on a inoculé, le 14 juin, 20 centimètres cubes du liquide ascitique, dans le péritoine, est mort. Tuberculose pancréatique, sous-diaphragmatique et des ganglions sous-claviculaires.

La malade est revue en juin 1900, très bon état général. Pas de trace d'ascite.

Nous avons revu cette malade au mois de novembre 1902. Elle est dans un excellent état de santé. Elle n'a pas été réglée depuis son opération. Elle perd un peu en blanc constamment ; par moment, ces pertes sont très abondantes.

L'appétit est bon en moyenne ; elle est grosse, grasse, un peu pâlotte. Elle est en général constipée. Elle a souvent mal à la tête et, l'hiver dernier, a toussé pendant longtemps. A l'auscultation, on ne trouve aucune lésion pulmonaire.

Fréquemment, cependant, cette augmentation du volume du ventre n'est pas le seul symptôme. Gallant (1) fait cette remarque que, fréquemment, à cette période, la température matinale est au-dessous de la normale, l'élévation vespérale est caractéristique.

De plus, l'augmentation du ventre s'accompagne quelquefois de douleurs. Ces douleurs sont de plusieurs sortes ; tantôt, c'est simplement une sen-

(1) GALLANT. — *Centralb. f. gynec.*, 1900.

sation de gêne, de pesanteur, qui gêne la malade pour marcher, comme dans l'observation précédente.

Tantôt, ces douleurs sont un peu plus nettes, mais, cependant, encore vagues, comme dans l'avant-dernière observation.

Enfin, au contraire, les douleurs deviennent très précises, et la malade vient consulter, autant parce qu'elle souffre, que parce que son ventre augmente.

En voici plusieurs exemples :

OBSERVATION XIII

Due à M. le docteur BOUILLY

(Inédite)

Cho....., 25 ans. Entrée le 25 avril 1900. Pavillon Velpeau.
Lit n° 5.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Régée à 16 ans, toujours bien réglée depuis ce temps. Elle a eu trois enfants. Pertes blanches depuis cette époque. Elle souffre du ventre depuis dix mois, et s'aperçoit que depuis ce temps son ventre enfle. Les règles ont continué à être normales. Actuellement, elle a de l'ascite. Douleurs dans le bas-ventre, des deux côtés. Au toucher, les annexes des deux côtés sont grosses et douloureuses.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse avec lésions annexielles. Sommets suspects.

18 Mai 1900. — Hystérectomie vaginale. Incision du cul-de-sac. L'ascite se vide assez vite. Ablation de l'utérus et des annexes qui sont parsemés de granulations tuberculeuses. L'intestin, qui apparaît dans le fond, est également parsemé. Deux points de suture sur la tranche vaginale.

13 Mai. — Ablation des pinces, petit suintement qui devient bientôt une perte de sang considérable ; on met la malade en position de spéculum et l'on repince les deux branches de l'utérine qui saignaient.

Ablation de ces pinces deux jours après. Il persiste, après quelques jours, un bourgeon charnu de 4 à 5 centimètres de long qui est enlevé au thermo-cautère.

La malade sort de l'hôpital en parfait état. Revue le 14 octobre 1902. La malade présente l'aspect de la santé parfaite. Elle a eu, à certains moments, quelques vagues douleurs de ventre qu'elle rapporte à l'absence de règles. Ventre souple, en parfait état. Cicatrice vaginale parfaite, non adhérente. Aucune lésion appréciable dans le petit bassin, aucun point douloureux. La malade ne s'enrhume jamais. Rien aux poumons.

OBSERVATION XIV

Due à M. le docteur BOULLY

(Inédite-résumée)

Eugénie S., 30 ans, institutrice, entrée le 24 octobre 1892, Pavillon Velpeau, lit n° 20.

Pas d'enfants, fausse-couche il y a trois mois ; bien réglée habituellement.

Il y a 4 mois, la malade ayant pris un bain froid deux jours après ses règles eut une forte névralgie intercostale, puis des douleurs abdominales.

Premier examen. — On pense à une ascite peu abondante. Utérus petit, mobile, pas d'annexes appréciables.

Deuxième examen. — On diagnostique un kyste de l'ovaire, peu tendu, à cause de la matité centrale et de la sonorité périphérique.

Fluctuation paraissant nette.

Laparotomie, le 2 novembre. — Anses intestinales adhérentes entre elles, et à la paroi ; pas de tumeurs appréciables.

Guérison opératoire. — La malade part, un mois plus tard, dans le même état.

OBSERVATION XV

Due à M. le docteur BOUILLY

(Inédite)

Dh..., 56 ans, entrée le 18 novembre 1901. Pavillon Velpeau. Lit n° 23.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, irrégulièrement jusqu'à 23 ans. Depuis elle n'a plus eu de règles.

Jamais de pertes blanches.

Chorée pendant deux ans à l'âge de 12 ans. Pas d'enfants, ni de fausses couches.

Il y a dix mois elle a commencé à souffrir de douleurs dans le ventre, comme des coliques. Depuis, son ventre augmente de volume, les douleurs devenant de plus en plus fortes et s'irradiant aux épaules.

Le ventre se développe de plus en plus, la malade perd l'appétit, vomit, souffre de l'estomac et ne peut plus rien manger. L'amaigrissement fait de grands progrès. Dernièrement elle fut prise de dyspnée, une ponction retira treize litres de liquide clair, son état général s'améliora mais le liquide ne tarda pas à se reproduire.

Poumons et cœur normaux.

Inspection. — Ventre très développé surtout à gauche, la peau distendue, sillonnée par des veines dilatées. L'ombilic ne fait pas saillie.

Palper. — Fluctuation très nette; on constate une tumeur lisse occupant la ligne médiane et s'étendant surtout vers le côté gauche.

Matité partout, sauf au-dessus de la tumeur et dans le flanc droit. Le changement de position ne modifie pas sensiblement les zones de sonorité.

26 novembre. — *Laparotomie*. — Ascite abondante, évaluée à 8 litres environ. Le péritoine est semé de granulations. Les annexes sont perdues, adhérentes, ne formant pas une masse d'un gros volume. On les laisse. A un moment, un peu de pus s'écoule dans un coin du petit bassin, on l'éponge.

Drain qui est retiré le cinquième jour. Il persiste pendant longtemps une fistulette.

La malade est guérie et sort le 28 décembre.

Rentrée chez elle, la malade traîna pendant trois mois; puis au bout de ce temps, elle succomba à une péritonite, dit son médecin. Il est probable que la tuberculose péritonéale, dont le point de départ était dans les annexes, a continué à évoluer après l'opération.

En même temps qu'augmentent les douleurs, le ventre devient plus gros. Cet accroissement se fait quelquefois progressivement, avec, de temps en temps, un retour en arrière plus ou moins prononcé. D'autres fois, il se fait, au contraire, beaucoup plus rapidement. Les malades rapportent quelquefois le début à une cause accidentelle de plus ou moins de valeur, comme dans l'observation n° 14, où la malade attribua son état à un bain froid.

Dans le cas suivant, nous voyons le développement se faire très rapidement.

OBSERVATION XVI

Due à M. le docteur BOUILLY

Péritonite d'origine annexielle. — Laparotomie. — Guérison.

Clotilde..., vingt-sept ans, entrée le 29 janvier 1894.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-sept ans très régulièrement, cinq à six jours.

A vingt-cinq ans, premier enfant. Bronchite au cours de la grossesse, guérie très vite. Accouchement à huit mois. Enfant mort à deux jours. Retour des règles deux mois et demi après.

Au mois de juillet 1893, la malade s'aperçoit que son ventre grossit tout-à-coup, la gêne du corset la fait s'en apercevoir, malgré cela, toujours bien réglée. Il y a un mois, pertes blanches assez abondantes, pas de douleurs.

Etat actuel. A l'examen : Ventre gros, non étalé, piriforme, ombilic normal, fluctuation, matité à la partie supérieure, sonorité sur les côtés, ce qui fait supposer que les anses intestinales sont retenues à la paroi par des adhérences.

Au toucher : Utérus normal, annexes peu sensibles, non douloureuses.

Auscultation des poumons, inspiration rude, expiration prolongée, quelques râles sous-crépitaux au sommet gauche. Opération le 3 février 1894.

Laparotomie. — On tombe sur un péritoine épaissi, après ouverture, on rencontre une fausse membrane épaisse, limitant en avant une cavité pleine de liquide séreux.

Anses intestinales adhérentes entre elles et à la paroi, recouvertes de tubercules miliaires.

Annexes adhérentes. Annexe droite extirpée. Trompe gauche arrachée et rompue; il s'écoule un pus verdâtre.

Lavage soigneux du péritoine et fermeture.

L'examen de la pièce montre microscopiquement des lésions très nettes de tuberculose au niveau de la trompe gauche, et des lésions moins avancées au niveau de la trompe droite.

Suites opératoires : Suppuration abondante dans la profondeur. Drainage, inoculation tuberculeuse de la plaie superficielle.

La malade quitte l'hôpital en bon état. La plaie n'est pas encore tout à fait fermée, suppuration insignifiante.

La malade est revue le 1^{er} juin 1898, quatre ans et demi après l'opération, état de santé excellent.

Légère congestion au niveau de la cicatrice à l'époque des règles.

Au toucher, culs-de-sac libres, utérus mobile. Menstruation régulière.

Fréquemment, par opposition aux cas qui précèdent ce sont les douleurs seules qui ouvrent la marche et la malade vient consulter, non pour l'augmentation du volume de son ventre, mais parce qu'elle souffre depuis plus ou moins longtemps. Mais souvent, ces douleurs s'accompagnent de troubles de la menstruation, sur lesquels il nous semble important d'insister.

En effet, si nous interrogeons avec soin toutes les malades à ce point de vue, nous nous rendrons facilement compte, que bien longtemps, avant de souffrir, les malades ont eu, soit des suspensions de règles, soit, au contraire, des métrorrhagies.

Dans l'observation suivante, la malade souffre pendant trois semaines, puis l'année suivante, les douleurs réapparaissent, s'accompagnant alors d'une suspension de règles ; ce n'est qu'à ce moment que le ventre commence à devenir un peu gros.

OBSERVATION XVII

Due à M. le docteur BOUILLY

Péritonite tuberculeuse simple. Laparomiotie. Guérison.

Louise Ch... domestique, vingt et un ans, lit n° 18.

Règlée à 15 ans régulièrement. Pas de maladie dans l'enfance.

En janvier 1891, accouchement normal.

En 1892, la malade est prise de douleurs abdominales, qui durent trois semaines, sans tuméfaction du ventre, sans fièvre.

En mars 1893, réapparition des douleurs, irradiations lombaires et disparition des règles. Le ventre commence à grossir à la fin de mars. Pertes blanches épaisses et très abondantes. Entre le 5 août 1893.

Examen. — Ventre tuméfié, tendu, très douloureux à la pression. A une palpation légère, on sent autour de l'ombilic des masses dures, mobiles les unes sur les autres, donnant la sensation caractéristique des inflammations épiploriques.

Les fosses iliaques sont remplies par des masses dures, arrondies, remontant presque vers l'ombilic du côté gauche, un peu moins haut du côté droit.

On sent ces masses également par le toucher vaginal, au niveau des culs-de-sac latéraux. Utérus petit, peu mobile. A gauche, on délimite une masse, répondant aux annexes, du volume des deux poings et vaguement fluctuante.

Douleurs abdominales très vives, avec exacerbation vespérale.

Rien aux poumons. Rien au cœur. Urines normales. Visage pâle, amaigri, inappétence presque complète, constipation opiniâtre.

Diagnostic. — Hésitant entre péritonite tuberculeuse et kyste végétant des ovaires.

Opération le 22 août. Laparotomie.

On tombe sur la masse intestinale farcie de granulations tuberculeuses.

Anses intestinales totalement adhérentes entre elles et l'épiploon. Quelques grammes d'ascite. On voit, à travers les anses intestinales agglutinées, des masses dures, volumineuses, répondant aux annexes. On essaie de détruire quelques

adhérences intestinales, mais, après quelques vaines tentatives qui menacent d'entraîner la déchirure de l'intestin, on referme le ventre.

Suites opératoires. — Les deux premiers jours, la malade est souffrante, un peu de fièvre 37°5 le jour (38°5 et 37 le lendemain).

Douleurs abdominales vives. On retire la gaze iodoformée le troisième jour.

A partir de ce moment, les douleurs diminuent, la cicatrisation se fait par première intention.

Le ventre devient, petit à petit, très souple, on sent encore quelques indurations, notamment au niveau de la fosse iliaque droite indolore à la palpation.

Par le toucher on constate une régression des masses annexielles, surtout à gauche.

L'appétit est revenu. Bon état général; elle quitte l'hôpital le 28 octobre. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour (neuf ans).

D'ailleurs, cette diminution ou suppression des règles, nous la trouvons dans le plus grand nombre de cas. Il n'y a pour s'en convaincre, qu'à jeter un rapide coup d'œil sur nos observations : N^{os} 59, 63, 74, 78, 109, etc.

Ce n'est cependant pas une règle absolue et il n'est pas rare de constater le fait inverse, c'est-à-dire des règles abondantes ou même de véritables hémorragies intermenstruelles, venant quelquefois sans raisons apparentes.

Cependant le fait est plus rare lorsqu'il s'agit de formes ascitiques, que lorsqu'il s'agit de formes pelvipéritonitiques.

Ces troubles sont sous la dépendance de lésions annexielles et périannexielles et il est tout naturel qu'ils soient plus accusés dans les cas où les annexes et le péritoine pelvien sont surtout en cause.

En tout cas, comme la forme ascitique répond, en général, aux cas où il y a peu de lésions annexielles on doit y rencontrer des troubles génitaux moins accentués.

Il en est de même de la leucorrhée que nous voyons à peu près dans toutes les observations où elle a été recherchée, mais qui est beaucoup plus abondante et plus remarquable dans les cas de pelvipéritonite.

Nous y reviendrons plus loin.

Enfin, dans quelques cas, l'attention de la malade sera d'abord attirée sur toute autre chose que sur le ventre ou les organes génitaux.

C'est le cas, par exemple de l'observation suivante où il est à peu près impossible de découvrir à quel moment a commencé la tuberculose génito-péritonéale et à quel symptôme il faut en faire remonter le début.

OBSERVATION XVII

Due à M. le docteur Bouilly.

(Inédite)

Péritonite tuberculeuse (forme ascitique) avec lésions pulmonaires très peu étendues. — Laparotomie.

Mort deux mois après tuberculose pulmonaire.

Irma M..., 34 ans, entrée le 16 juillet 1897. Pavillon Velpeau, lit n. 13.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial dans les anté-

cédents héréditaires: mère encore vivante, le père mort d'accident, frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans l'enfance. Régulée pour la première fois à 12 ans, les règles sont depuis lors normales; a eu trois grossesses.

La première en 1885, terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant, actuellement bien portant.

En 1887, le deuxième accouchement, également normal et terminé à terme par un enfant bien portant, celui-ci a succombé à l'âge de 7 ans, à une affection pulmonaire aiguë.

En 1891, la troisième grossesse évolue de même normalement, l'enfant meurt de diarrhée infantile.

Histoire de la maladie. — La malade est restée très bien portante jusqu'en juillet 1896, époque à laquelle elle eut une pleurésie du côté gauche, guérie sans ponction, au bout d'un mois.

Depuis cette époque, la malade tousse toujours; l'état général devient moins bon, l'amaigrissement s'accuse surtout à partir du mois de janvier 1897.

Au commencement de juin 1897, l'abdomen se distend peu à peu, augmente progressivement de volume.

On fait une première ponction, le 16 juin, par laquelle on ne retire que deux litres de liquide, d'après les renseignements de la malade.

La deuxième ponction fut faite le 4 juillet, l'on retira six litres d'un liquide jaune citron.

Les troubles fonctionnels sont peu accusés, il existe plutôt une gêne en rapport avec la distension abdominale, plutôt que des douleurs abdominales, cette gêne est accompagnée de troubles dyspeptiques et d'anorexie.

Depuis trois mois, il existe de la fièvre à exacerbations vespérales, cette fièvre ne dépasse pas 39 degrés, mais la courbe thermique présente de grandes oscillations irrégulières.

L'examen de la malade est pratiqué, le 16 juillet, à son entrée à l'hôpital.

Examen de l'abdomen. Inspection. — A la vue, l'abdomen est saillant, les flancs ne sont pas élargis et la forme du ventre rappelle beaucoup plus celle que lui donne un kyste de l'ovaire, plutôt qu'une ascite.

On remarque de petites veines bleuâtres, à la superficie, manifestes surtout dans la zone ombilicale.

L'ombilic est complètement déplié.

La distension du ventre est telle qu'elle rappelle le volume que celui-ci acquiert à l'époque d'une grossesse à terme.

Palpation. — L'abdomen est résistant à la palpation ; par ce moyen d'exploration, on ne réveille en aucun point de la douleur. Les parois sont souples et ne présentent nulle part de la résistance.

Si l'on applique une main à plat sur l'un des flancs, tandis qu'avec l'autre main, l'on percute, à petits coups, le côté opposé, l'on perçoit la sensation d'ondulation et de choc.

Percussion. — L'abdomen n'est pas, à la percussion, entièrement mat.

La zone supérieure est convexe, les flancs gardent une certaine sonorité, qu'ils conservent en grande partie, même dans le décubitus latéral du côté percuté.

Notons, en outre, qu'il existe une sonorité périombilicale, vraisemblablement due à la fixation par adhérences d'anses intestinales. Il s'agit donc d'un épanchement ascitique avec quelques cloisonnements qui expliquent ces anomalies de percussion.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal complétant cette exploration permet d'arriver sur un utérus qui semble normal, ainsi que les annexes.

Examen pulmonaire. — Au sommet droit, en avant, respiration rude, avec quelques craquements ; les lésions sont moins accusées à gauche.

En résumé, ce sont des lésions pulmonaires à la première période.

Aux bases, on perçoit des râles de congestion pulmonaire, mais pas de signe d'épanchement. Aucune expectoration.

La courbe thermique est irrégulière avec exacerbations vespérales allant jusqu'à 39°.

Jours suivants. — Les jours suivants, le ventre devient plus tendu, l'ascite augmente, la respiration devient de plus en plus gênée.

Les membres inférieurs présentent un œdème, marqué au niveau des malléoles et des jambes.

Examen des urines. — Urines très sédimenteuses, pas d'albumine.

27 juillet 1897, intervention. — Laparotomie.

À l'ouverture du ventre, il s'échappe une grande quantité de liquide jaune citron, qu'on peut évaluer à 8 litres environ. L'évacuation terminée, on constate une grande augmentation du foie qui dépasse de cinq travers de doigt les fausses-côtes; ce dernier paraît régulier, sans bosselures.

Le péritoine pariétal est légèrement dépoli, mais, en aucun point, on ne constate de granulations tuberculeuses.

Suites opératoires bonnes.

Mais, la tuberculose pulmonaire continua à évoluer et la malade mourut deux mois plus tard.

L'inoculation du liquide avait montré la nature tuberculeuse de la péritonite.

Nous voyons également, notées dans cette observation, les grandes oscillations thermiques qui sont fréquentes, mais qui passent souvent inaperçues.

Examen de la malade; aspect de la malade. — Il y a deux cas très nets en clinique.

Dans l'un, et c'est précisément ce qui avait fait décrire l'ascite essentielle, l'aspect de la jeune fille est celui d'une personne en pleine santé ; nous trouvons quelques observations où le fait est si frappant que les observations le font remarquer.

Dans l'autre, au contraire, la malade est pâle, chétive, présente un aspect fatigué et malade.

Nous insistons encore sur ce que ce fait ne présente rien d'extraordinaire, puisque nous croyons, avec notre maître Bouilly, que les cas à grande ascite ne répondent pas aux cas de grosses lésions annexielles.

De plus, le plus ou moins bon état de santé de la malade est sous la dépendance du mode de début.

Quand l'ascite a été le seul symptôme du début, la malade est encore, somme toute, bien portante, quand elle vient consulter.

Si l'ascite a été lente à se produire, si les douleurs, la leucorrhée, les métrorrhagies sont apparues de bonne heure, la malade sera forcément plus atteinte dans son état général.

Etat de la malade. — Le ventre est plus ou moins volumineux, plus ou moins ballonné. Il ne présente pas de changement de coloration. Les veines cutanées sont, le plus souvent, peu développées. L'ombilic est déplissé souvent dans la forme ascitique libre; il ne l'est pas dans l'ascite enkystée.

Ascite libre. — La quantité de l'ascite est extrêmement variable. On peut en trouver quelquefois un verre ou même moins, ou alors des quantités beaucoup plus considérables, pouvant aller jusqu'à 7 ou

8 litres. Rarement, dit M. Bouilly, cette quantité est dépassée.

Cette ascite présente ce caractère spécial de varier fréquemment de quantité et, souvent, lorsqu'on examine à deux ou trois jours d'intervalle la même malade, on est surpris de constater que la quantité en est tantôt beaucoup plus, tantôt beaucoup moins considérable.

Il n'est pas rare de voir les malades attirer elles-mêmes l'attention sur ce fait.

A propos de la quantité de l'ascite, nous tenons encore, au risque de nous répéter, à rappeler l'opinion de M. Bouilly : « La présence et la quantité de
« l'ascite ne sont pas en rapport avec l'abondance et
« l'étendue de l'envahissement tuberculeux du péri-
« toine. On peut constater avec un épanchement intra-
« péritonéal abondant, une tuberculose localisée aux
« trompes et au péritoine voisin. C'est même, d'après
« nos observations, dans cette forme de tuberculose,
« limitée aux annexes et au petit bassin, que l'on
« rencontre les ascites les mieux caractérisées et les
« plus abondantes. »

Lorsque la quantité de liquide est moyenne et libre, on se trouve en présence du type banal de l'ascite ; ventre de batracien, large, étalé avec sonorité médiane, matité latérale.

Nous n'insistons pas. Lorsque l'ascite devient plus abondante, la sonorité se limite de plus en plus vers la région ombilicale. Dans les mouvements de dépla-

ement, sur le côté, le liquide se déplace pour gagner les parties déclives. Ces faits sont bien connus.

Ascite enkystée. — Cependant, fréquemment, le ventre ne prend pas cette forme. Il s'établit des adhérences entre l'intestin, l'épiploon, les parois, les organes génitaux.

Ces adhérences très minimes, peuvent établir tous les degrés entre l'ascite complètement libre et l'ascite enkystée.

« Le ventre, dit M. Bouilly, est loin de présenter
« les caractères ordinaires de l'ascite. Il n'est pas,
« en général, aplati vers le milieu, et élargi au ni-
« veau des flancs. Plus souvent il est saillant en
« avant, déprimé sur les parties latérales comme dans
« un kyste de l'ovaire. L'intestin ne peut affecter
« avec le liquide, les rapports ordinaires constatés
« dans l'ascite, et les signes constatés dans l'examen
« direct subissent, de ce fait, des modifications em-
« barrassantes. En dépit de la présence incontestable
« du liquide, la sonorité à la percussion peut exister
« dans un des flancs. La région ombilicale et péri-
« ombilicale peut être mate sans présenter la sonorité
« ordinaire. Les divers changements de position im-
« primés à la malade, le décubitus latéral ne donnent
« pas les modifications ordinaires dues au déplace-
« ment du liquide et de l'intestin. Le toucher vagi-
« nal ne permet pas de reconnaître la saillie du liquide
« dans les culs-de-sac vaginaux, ni le ballottement
« utérin. »

Tout cela est très net dans certains cas qui cons-

tituent la péritonite enkystée, ce que Dervaux appelle la cytopéritonite.

Dans d'autres cas intermédiaires à ces deux formes, l'aspect du ventre tient le milieu entre le tableau de l'ascite libre et celui de l'ascite enkystée.

A la palpation. — On obtient en général la sensation de flot lorsque la quantité de l'ascite est assez considérable et libre : lorsque l'ascite n'est pas tout à fait libre, la sensation de flot diminue peu à peu. « La tuméfaction du liquide est mal limitée, elle fuit « pour ainsi dire sous la main qui explore, n'offre pas « de contours bien nets, elle ne semble pas localisée « mais elle est plutôt diffuse et étalée. »

Quand la collection liquide est nettement enkystée, la fluctuation existe comme dans les kystes de l'ovaire, à moins que la tension ne soit trop grande et que la sensation de fluctuation ne fasse place à la rénitence.

Cette sensation est d'ailleurs variable avec la quantité de liquide et, par conséquent, avec le moment où l'on examine la malade.

La palpation permet de sentir quelquefois des points du péritoine qui sont épaissis. On a la sensation de gâteaux péritonéaux, surtout dans le cas où l'épiploon, ratatiné sur lui-même, adhérant aux anses intestinales, forme un plastron plus ou moins dur, vers la région ombilicale.

La palpation est, en général, peu douloureuse ; cependant, chez quelques malades, la palpation du ventre est douloureuse au moment du premier

examen; après quelques jours de repos, la douleur disparaît et la palpation ne réveille plus aucune douleur.

Examen des organes génitaux. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas d'ascite chez une femme et qu'on a éliminé les causes les plus fréquentes de l'ascite, il faut toujours pratiquer l'examen des organes génitaux.

On constatera souvent des pertes blanches, souvent jaunes ou jaunes verdâtres, et on verra que ces pertes viennent du corps ou du col de l'utérus. Plus ou moins abondantes, elles font rarement défaut, surtout lorsque l'utérus est lui-même tuberculeux. Elles peuvent revêtir, dans ce cas, un aspect caractéristique :

« Souvent on a affaire à un magma épais, semi-liquide... Il peut y avoir du mucus cailleboté, épais, crémeux, opaque (CORNIL, loc. cit., page 77). »

Dans ces pertes leucorrhéiques, il n'est pas rare de rencontrer des bacilles et nous reviendrons sur ce point à propos du diagnostic.

Au spéculum on constate souvent un aspect particulier du col qui est rouge, volumineux avec ou sans ulcération.

Le toucher renseigne souvent davantage.

L'utérus est, en général, de volume normal ou un peu gros. Il est mobile et donne lieu, dans le cas d'ascite libre, à la sensation de ballottement.

L'examen des culs-de-sac peut ne fournir aucun renseignement ou au contraire présenter une grosse

importance. Si les lésions annexielles sont peu de chose (et c'est le cas dans l'ascite dite essentielle), le toucher montrera les culs-de-sacs un peu douloureux; si on peut sentir la trompe, on se rendra compte qu'elle est douloureuse et un peu volumineuse.

En général les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres.

Dans le cas de lésions ascitiques répondant à des lésions plus anciennes, ayant traîné plus longtemps, on trouve, dans les culs-de-sac, des renseignements plus nets.

Dans un des culs-de-sac latéraux, empiétant plus ou moins dans le cul-de-sac postérieur, souvent dans les deux culs-de-sac, on sent les annexes trompes et ovaires gros, réunies par des adhérences, difficiles à distinguer l'un de l'autre. La lésion est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale. Nous n'avons pas trouvé, à ce sujet, de règle générale.

Nous reviendrons plus loin sur cet aspect des lésions tuberculeuses au toucher.

L'utérus est lui-même beaucoup moins mobile que normalement.

Tels sont les renseignements que peut fournir le toucher vaginal. Ils sont importants, car ils peuvent permettre d'affirmer le diagnostic et comme, en somme, c'est là que sont les lésions principales, c'est là qu'il faut en grande partie chercher les indications du traitement.

EXAMEN DES AUTRES ORGANES

Le plus souvent, au début, les poumons sont sains et ne présentent pas de lésions tuberculeuses.

Cependant, en relisant les observations, nous voyons que bientôt le poumon s'infecte lorsque le chirurgien n'est pas intervenu à temps.

L'infection du poumon se fait, soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique et pleurale.

On peut souvent constater, à une des deux bases, des frottements pleuraux.

La respiration peut, du fait de l'ascite, subir une gêne purement mécanique qui ne présente qu'un intérêt tout à fait secondaire.

Le tube digestif est plus ou moins atteint, suivant la période de la maladie ; peu affecté dans la forme bénigne, on peut quelquefois rencontrer des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation.

Dans quelques cas, on constate des troubles de la miction, surtout dans les cas de péritonite enkystée, où les adhérences peuvent gêner la vessie et provoquer de la fréquence de la miction, ou de la douleur.

Lorsque la quantité d'ascite devient trop grande, il peut se produire de la gêne de la circulation, en retour et, par suite, de l'œdème des membres inférieurs ; c'est un fait rare, qui n'est noté que dans très peu d'observations.

EVOLUTION DE LA FORME ASCITIQUE

Il est rare, maintenant, qu'on ne soit pas appelé à traiter cette forme de péritonite tuberculeuse.

Les malades, dont la vie est ainsi entravée, ont rapidement recours au médecin. Si l'on n'intervient pas, deux cas peuvent se présenter.

L'ascite, après un certain temps, se résorbe, diminue, puis disparaît. Dans quelques cas exceptionnels, par suite de conditions de vie particulièrement avantageuses, la tuberculose génitale ne continue pas à évoluer et guérit.

Cette ascite passagère a été le seul symptôme d'une tuberculose aussi passagère.

Mais, d'autres fois, et c'est, à notre avis, le plus fréquent, la tuberculose génitale continue à évoluer lentement mais sûrement ; les parois intestinales, peu à peu, s'infiltrant, l'épiploon s'infecte et bientôt la péritonite ascitique libre devient péritonite enkystée, cependant que, dans le petit bassin les adhérences de pelvi-péritonite se créent peu à peu.

On arrivera ainsi à un moment où l'ascite ayant disparu ou s'étant enkystée par petites loges, on aura ainsi affaire à une vaste pelvi-péritonite très étendue.

Malheureusement, en même temps que s'est propagée la lésion génitale, elle s'est généralisée et l'état général ne tarde pas à être atteint, lui aussi.

Nous avons rencontré nombre d'observations où la malade ayant succombé à une tuberculose pulmonaire récente, on a trouvé, à l'autopsie, de vieilles lésions de tuberculose génitale.

Enfin, quelquefois la fin est plus rapide et la malade est entraînée par une tuberculose aiguë, une méningite, ou un accident aigu, occlusion par exemple, provoquée par une petite bride, ou une adhérence.

D'autres fois, la péritonite change brusquement de caractère, et, par suite d'une infection surajoutée, venue soit par l'intestin, soit par la voie génitale, soit par la voie sanguine à propos d'une maladie quelconque, angine, grippe, etc., la péritonite libre ou enkystée suppure.

Cette complication est grave. Nous n'y insistons pas ; ses symptômes, son étiologie, son diagnostic nous entraîneraient trop loin. Nous nous contentons de la signaler, car elle sort du cadre que nous nous sommes fixé.

PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Nous n'entrerons pas dans le détail des classifications trop nombreuses que l'on a tenté d'établir pour la péritonite tuberculeuse.

Pour le point que nous avons en vue ici, c'est-à-dire pour le point de vue clinique, il nous suffit de

distinguer la forme ascitique, dont nous avons parlé, et la forme pelvi-péritonite.

Celle-ci, il est vrai, peut être sèche et caractérisée par de simples adhérences, ou bien peut se compliquer de péritonite séreuse ou même purulente du petit bassin. En pratique, c'est la pelvi-péritonite plus ou moins compliquée.

Début. — Cette forme, que l'on rencontre aussi chez les femmes jeunes, paraît cependant plus fréquente que la forme précédente, chez les femmes un peu plus âgées.

Cependant, cette règle n'est pas absolue et, chemin faisant, nous rencontrerons plusieurs cas chez des femmes jeunes.

Souvent, lorsque l'infection génitale tuberculeuse doit évoluer vers la pelvi-péritonite, il se produit cependant, au début, un peu d'épanchement ascitique, mais cet épanchement ascitique peut passer inaperçu.

Le cas suivant en est un exemple.

OBSERVATION XIX

Due à M. le docteur BOUGLÉ

(Inédite)

Une malade, chez laquelle on n'avait pas trouvé d'ascite, est opérée.

Il y a sept ou huit ans, la malade qui n'avait jamais perdu en blanc, se met à perdre presque constamment pendant l'intervalle des règles, mais surtout d'une façon très abondante pendant sept à huit jours après les règles. Ces pertes durent depuis sept ans, sans augmentation, ni diminution. Jamais de douleurs.

Il y a quatre mois environ, elle commence à ressentir des douleurs dans le bas-ventre, durant tout le temps, sans être insupportables, mais se calmant facilement par un repos de quelques jours. Puis, un mois après, elle constate que son ventre augmente à tel point que, se croyant enceinte, elle va consulter une sage-femme. Sous l'influence du repos, le ventre diminue, mais reste cependant plus volumineux qu'autrefois.

Au moment de l'entrée, état général satisfaisant, aspect de femme bien portante et forte. Poumons, plèvre, rien. Cœur, rien.

Estomac et intestins normaux.

Rien aux reins et à la vessie.

Urine normale.

Le ventre est gros sans exagération, la paroi abdominale est facilement déprimable. On ne sent, nulle part, ni gâteaux péritonéaux, ni empatement.

Au toucher. — Col normal. Utérus un peu gros. Hystéromètre 7. Un peu de douleur de l'utérus à la pression.

Du côté droit, on trouve une masse du volume d'une grosse noix, dans laquelle on ne peut distinguer les annexes. De même, du côté gauche. Les deux côtés sont douloureux au toucher. Rien dans le cul-de-sac postérieur.

Opération le 19 Août. M. le Docteur Bouglé pratique une hystérectomie vaginale.

Incision du cul-de-sac comme d'habitude.

Incision longitudinale de la paroi antérieure de l'utérus. Au moment de l'incision du cul-de-sac péritonéal, il s'écoule une grande quantité de liquide ascitique très clair (300 à 400 grammes).

On constate alors que l'utérus est recouvert de granulations tuberculeuses extrêmement abondantes. On laisse couler le liquide, puis on enlève les annexes gauches d'abord, qui sont agglutinées et couvertes de granulations. Puis les annexes droites qui sont également recouvertes de granulations.

L'intestin, qu'on aperçoit, est recouvert aussi de granulations qui sont beaucoup moins nombreuses que sur les organes génitaux.

On met des ligatures sur les pédicules.

Un drain dans le fond du vagin. Mèche iodoformée.

Les jours suivants, écoulement de liquide assez abondant. Dix jours après, tout pansément est enlevé. Jusqu'à sa sortie, la malade perd abondamment en blanc. Le 13 septembre, la malade sort. L'état général est bon. Le ventre est revenu à son état normal. Au toucher, on trouve que le fond du vagin présente une cicatrice un peu exubérante et irrégulière, et qui est immobilisée probablement par adhérences.

La pièce enlevée était constituée par un utérus un peu gros, ne présentant à son intérieur aucune trace de tuberculose ; la muqueuse paraît normale.

Les annexes, une fois déroulées et libérées de leur péritoine, paraissent à peu près normales.

Cependant, dans l'intérieur de l'extrémité externe de la trompe droite, on trouve un peu de sérosité louche.

La muqueuse est très épaissie à ce niveau. Rien dans les parois tubaires, en apparence, sauf sous la séreuse qui recouvre la trompe, où on trouve des granulations typiques. L'examen histologique confirme la nature tuberculeuse de la lésion. L'inoculation est positive.

La maladie peut débiter de plusieurs façons : par des douleurs, par de la leucorrhée, de l'aménorrhée ou des métrorrhagies ; par une atteinte générale de la santé ou l'apparition d'une autre affection tuberculeuse qui est l'occasion d'un examen complet.

Douleur. — Les douleurs apparaissent le plus souvent dans l'intervalle des règles, et ensuite se prolongent pendant la période menstruelle.

Nous verrons d'ailleurs, tout à l'heure, que souvent les règles sont douloureuses. Nous avons aussi presque toujours noté la présence de douleurs plus ou moins vives, et nous nous étonnons que Martin ait remarqué, chez ses malades, l'absence de toute douleur au niveau de la zone génitale. Sippel, au contraire, attire vivement l'attention sur ce symptôme. Elles siègent dans le ventre, irradiées aux lombes, faisant peu à peu leur apparition, sans devenir insupportables, jusqu'à ce qu'un autre symptôme décide la malade à se faire soigner.

Il en est ainsi dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION XX

Due à M. le docteur BOUILLY

(Inédite)

Louise B..., 22 ans. Pavillon Velpeau. Lit n° 26. Entrée le 19 novembre 1891.

Antécédents. — Toujours bien réglée. Mariée il y a quatre ans. Grossesse et accouchement à huit mois, en août 1888. Pas d'autre grossesse.

Début. — Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre, mais a toujours pu continuer à travailler. Depuis quatre mois, son ventre a grossi. Etat actuel : bon, quoique la malade paraisse faible et anémique.

Le ventre est augmenté de volume d'une façon régulière. Il contient une tumeur kystique peu tendue, du volume d'une tête de fœtus, siégeant sur la ligne médiane. Cette collection est surtout révélée par la submatité. Elle est séparée du foie et du pubis par une zone de sonorité. D'autre part, ce kyste paraît se continuer dans le flanc gauche, mais l'examen

montre, qu'en réalité, il existe là une autre tumeur, grosse comme un gros œuf, adjacente au kyste, mais cependant indépendante. On doit la considérer comme une collection salpingienne.

Diagnostic. — Kyste du mésentère. Pyosalpinx gauche.

Laparotomie, 20 novembre.

Pas d'adhérences pariétales. Anses intestinales adhérentes. Il n'existe pas de tumeur. D'autre part, les adhérences empêchent d'arriver aux annexes.

On conclut qu'on se trouve en présence d'une péritonite tuberculeuse d'origine annexielle.

Les suites sont simples. La malade sort en bon état.

OBSERVATION XXI

Recueillie dans le service de M. le docteur BOUILLY

(Inédite)

Pavillon Velpeau. Lit n° 25.

Estelle D..., 21 ans. Entrée le 27 octobre 1902.

Cette malade entre dans le service, parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents héréditaires. — Elle est d'une famille de quinze enfants, dont douze sont vivants. Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais été robuste, a toujours eu une jeunesse souffreteuse. De sept à neuf ans, elle a constamment été malade, coqueluche, rougeole, etc. . .

Réglée à treize ans et demi. Toujours mal réglée. Dès le début de sa menstruation, elle a eu constamment des pertes blanches. La période des règles a toujours été douloureuse. De plus, elle présente, par moments, des crises douloureuses dans le ventre. La malade a toujours été pâle, anémique, avec un teint chlorotique.

Depuis trois ans, sa santé générale est moins bonne. Elle a maigri de quatre à cinq kilos depuis l'âge de dix-sept ans.

Mais, depuis cette époque, elle a des sueurs nocturnes; depuis ce moment, les pertes blanches et les douleurs ont augmenté.

La malade est mariée depuis neuf mois. Son mari tousse. Elle n'a eu ni grossesse, ni fausse couche.

Depuis le 1^{er} octobre, les douleurs sont plus vives; la malade est obligée de s'aliter. Actuellement, le maximum de la douleur siège au niveau de l'aîne droite, avec des irradiations vers la région lombaire et les cuisses. Dans ces quinze derniers jours, en même temps que les douleurs augmentaient, les pertes blanches diminuaient. Les règles, qui devaient venir le 25 octobre, ne sont pas venues.

Examen. — Faciès chlorotique. Teint pâle, blanc mat, éveillant l'idée de bacillose.

Toucher vaginal. — Col normal, utérus normal comme position et comme volume.

Du côté droit, on sent une masse très volumineuse (volume du poing) immobile, douloureuse au toucher, dans laquelle on ne peut distinguer les annexes. Cette masse est dure, sans fluctuation.

Du côté gauche, on sent également une masse moins volumineuse et douloureuse.

Cul-de-sac postérieur rempli par une masse dure et douloureuse qu'on ne peut rattacher ni à un côté, ni à un autre. Dans tout le reste de l'abdomen, on ne constate rien par la palpation, mais cette palpation est uniformément douloureuse.

Poumons, plèvres, cœur sains.

4 Novembre. — Laparotomie. — La paroi saigne beaucoup.

Dans le ventre, on trouve de suite des granulations sur le péritoine pariétal et viscéral, liquide à peine appréciable. Le petit bassin est rempli par une masse formée par les organes génitaux recouverts de granulations tuberculeuses. Décolle-

ment lent. Au niveau où l'intestin et la trompe adhèrent, il y a un véritable abcès froid caséeux.

Les annexes droitès sont aussi enlevées. Les annexes gauches peu adhérentes, recouvertes de peu de granulations, saines d'aspect, sont laissées en place, afin de faire un traumatisme moindre.

Pièces. — La trompe droite à 9 centimètres de long, 2 de diamètre. Elle a conservé sa forme normale.

Ouverte, elle contient un pus verdâtre, à peu près une cuillerée à potage. La paroi est très épaisse. Son extrémité interne est oblitérée. Son extrémité abdominale de même. Le pavillon est couvert de granulations. La muqueuse présente l'aspect d'une muqueuse baignant dans le pus. L'ovaire adhère à la trompe par des adhérences caséuses. Il paraît sain macroscopiquement.

Le pus, examiné, ne montre ni bacille, ni aucun germe pathogène.

La trompe, à la coupe, présente une muqueuse détruite en partie. On trouve une infiltration cellulaire avec cellules géantes n'allant pas jusque dans la couche musculaire.

L'ovaire présente des cellules géantes très nettes.

Les suites sont simples, mais il s'écoule, par le drainage, un peu de matières fécaloïdes. L'aspiration est faite trois fois par jour. Puis lavages à l'eau oxygénée.

Le 19 Novembre, la malade va à la selle par le rectum.

7 Décembre. — La malade sort en bon état.

Le 1^{er} Janvier, elle m'écrit qu'elle va bien.

L'observation suivante est aussi caractérisée par le symptôme douleur. Cette malade souffre du ventre depuis quatre ans ; ses règles se suspendent, mais elle ne vient que parce qu'elle souffre de douleurs intolérables.

OBSERVATION XXII

KOTSCHAU. — Archiv. f. gyn. Bd 31., 1887

(Traduction personnelle).

45 ans, souvent malade dans sa jeunesse. Réglée à 15 ans et demi, régulièrement. Mariée à 26 ans, cinq grossesses, Hystérique. Mari bien portant. Depuis quatre ans, douleurs de ventre ayant débuté à droite. Abdomen augmentant de volume, puis diminuant. Il y a deux ans, pleurésie, bronchite.

Règles irrégulières depuis plusieurs années, et très douloureuses, disparues depuis un an. Depuis ce moment, douleurs violentes du bas-ventre. Constipation opiniâtre, métrorrhagies profuses, plus d'appétit ni de sommeil.

Examen. — Pas d'ascite. Utérus rétrofléchi, augmenté de volume. A droite de l'utérus, tumeur ferme, douloureuse, quelque peu fluctuante, grosse comme une pomme.

Diagnostic. — Tumeur de l'ovaire droit, vraisemblablement maligne. Laparotomie. Impossibilité d'enlever la tumeur. Mort.

Autopsie. — Tuberculose génitale ancienne, point de départ, trompe droite.

Salpingite tuberculeuse, endométrite.

Péritonite enkystée. — Tuberculose secondaire du poumon droit. Pleurésie bilatérale. Trompe gauche augmentée de volume. La cavité renferme une masse glaireuse. La trompe droite, partout épaissie, montre des lésions plus avancées. Son extrémité se perd en une tumeur grosse comme un œuf de poule, adhérent à l'aileron. Cette tumeur contient des matières caséeuses.

La paroi de la trompe est très épaissie.

La trompe gauche montre quelques altérations de sa muqueuse à son extrémité abdominale. La muqueuse y montre

quelques granulations. Sur une coupe, on voit la musculieuse infiltrée aussi de cellules jeunes, parmi lesquelles quelques cellules géantes. La séreuse des trompes montre une infiltration de petites cellules.

La trompe droite montre les mêmes lésions.

Dans la muqueuse utérine, mêmes lésions avec cellules géantes.

OBSERVATION XXII

(Due à M. le Docteur BOUILLY)

(Inédite)

F..., 23 ans. Pavillon Velpeau, lit n° 6. Entrée le 14 juin 1899.

Réglée à 12 ans 1/2, très régulièrement. Pertes blanches peu abondantes. Bonne santé habituelle. Mariée, il y a un mois. Pas de trace de blennorrhagie antérieure.

Depuis son mariage, coliques et crises douloureuses dans le ventre, s'accompagnant de ballonnement. Le 13 juin, crise douloureuse très vive qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

Examen. — Faciès grippé, langue rouge et sèche. Température 38°3, pouls 110-120, faible. Ventre légèrement ballonné et très tendu, douloureux au toucher.

On sent, à travers la paroi, les anses intestinales bourrées de matières. La malade a eu quelques nausées avec expulsion de glaires.

16 juin, la malade a été purgée, va mieux. On constate périmétrite droite et gauche, surtout prononcée à gauche.

26 juin, col sain, utérus en bonne attitude. Dans le cul-de-sac gauche, par le toucher et le palper combinés, on perçoit une tuméfaction volumineuse, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, franchement fluctuante, sans dureté ni bosselure, un peu douloureuse. A droite, on sent des bosselures faisant saillie dans le douglas, se continuant avec une masse rénitente, située sur le bord droit de l'utérus, remontant à deux ou trois doigts au-dessus de l'arcade crurale.

Diagnostic. — Annexite bilatérale avec péritonite séreuse, plus considérable à gauche qu'à droite.

18 juillet, laparotomie médiane. Le péritoine est très épais. Après son incision, on tombe dans une cavité formée par les intestins, l'utérus, la vessie, recouverts de fausses membranes. Le pus qui remplit cette poche est fluide, mais contient des grumeaux caséux. Le péritoine est recouvert de granulations.

La poche est vidée, touchée au chlorure de zinc. Mickulicz.

Le deuxième jour, l'urine sort par le pansement. Sonde à demeure.

Le quatrième jour, les matières fécales sortent par la plaie.

Le 20 août, la malade se fait transporter chez elle. La cachexie a fait des progrès ; la mort est imminente.

Il nous semble utile de rapprocher de ces observations, les suivantes dans lesquelles la douleur s'est installée d'une toute autre façon, brusquement, sans raison, atteignant dans l'une, la malade, un matin, en pleine santé. Nous reviendrons, d'ailleurs, un peu plus loin, sur ces crises brusques, ces poussées aiguës de la tuberculose génito-péritonéale.

OBSERVATION XXIV

(Due à M. le Docteur BOUILLY)

(Inédite)

Entrée le 26 mars 1900. Pavillon Velpeau. Lit n° 18.

Por..., ménagère, 25 ans. Rien dans les antécédents. Mari bien portant. Réglée à 14 ans, régulièrement. Entre à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre, à gauche. Ni enfants, ni fausses couches.

Les douleurs actuelles datent du 19 janvier 1900. Elles ont débuté, un matin, par une crise brusque et violente. Toutefois, la malade se sentait faible depuis quelque temps et, la veille même, elle avait pris une purgation.

Cette première crise violente a duré toute la journée et ne s'est calmée que le lendemain. Puis, la douleur s'est réinstallée permanente, plus de crises très fortes, mais, douleur sourde, parfois lancinante et continue.

Les règles, normales d'habitude, ont fait complètement défaut en janvier et février. Elles sont revenues le 4 mars.

Actuellement douleur, surtout la nuit. A la palpation, on sent l'utérus fixé au sein d'une masse inflammatoire. Les annexes sont prises. L'utérus est repoussé à gauche. La moitié droite du cul-de-sac postérieur est remplie par une masse dure que l'on délimite facilement par la palpation, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, accolé au côté droit de l'utérus. Cette masse est dure, sans fluctuation. A gauche, au niveau du fond de l'utérus, très en dehors de la ligne médiane, on sent une tumeur de la grosseur d'un petit œuf, moins dure qu'à droite, élastique et douloureuse. Depuis le 19 janvier, la malade perd par le rectum, le matin, un verre à bordeaux de pus.

4 avril. Règles pendant 8 jours.

24 avril. Les signes physiques sont à peu près les mêmes.

Laparotomie. — L'épiploon est adhérent. On déchire ces adhérences; les organes du petit bassin sont enfouis au milieu des adhérences intestinales.

On détruit les adhérences avec des compresses: chemin faisant, on détruit des poches de péritonite séreuse. De chaque côté du fond utérin, deux masses tombées en arrière au milieu des adhérences. Au fond du Douglas, adhérences et poches kystiques.

Pas de granulations sur le péritoine. On extirpe les annexes des deux côtés. Dans la cavité qu'elles remplissaient, on met un drain. Suture en trois plans de la paroi.

Pièces. — On ne peut séparer les trompes des ovaires. A droite il y a du pus caséeux dans la trompe.

Suites normales. — Quand on enlève le drain, il s'écoule un peu de sérosité et de sang, odeur fécaloïde. Lavages.

16 juin. Au niveau de l'orifice, bourgeons charnus bacillaires. De plus, à la partie supérieure de la cicatrice un noyau induré témoigne de la nature bacillaire de la lésion.

18 juin. Etat général satisfaisant.

Cette malade, revue le 16 octobre 1902, est grosse, en excellente santé, n'a jamais souffert depuis son opération. Elle n'est plus réglée, n'a jamais eu de pertes blanches. Rien aux poumons.

Au toucher, utérus normal, nullement douloureux, rien dans les culs-de-sac. Il persiste une fistulette qui ne donne rien; la malade ne s'en plaint pas, et ne veut rien tenter pour s'en débarrasser.

OBSERVATION XXV

(Dû à M. le Docteur BOUILLY)

* (Inédite)

Blanche P..., couturière, 31 ans.

Entrée le 2 juillet 1890. Pavillon Velpeau. Mal réglée depuis l'âge de 14 ans, toujours irrégulièrement, parfois tous les 15 jours et beaucoup, durant longtemps. Elle devait parfois garder le lit.

Depuis 26 ans, mariage, elle perd moins, les règles sont plus régulières. Jamais de pertes blanches. Pas de grossesse.

Elle a beaucoup fatigué depuis 3 ans. Il y a 18 mois, elle souffre du ventre. Subitement à cette date elle se couche pour de très vives douleurs dans le ventre. Elle reste couchée 4 jours, puis se lève, mais continue à souffrir. Peu à peu les douleurs diminuent.

Novembre 1889. — Les douleurs reviennent avec inappétence, amaigrissement. Elle reprend le lit.

Depuis cette époque les douleurs augmentent, la malade garde presque continuellement le lit. Depuis 3 semaines, les douleurs sont très vives, continues ; la diarrhée ne cesse pas depuis 3 semaines. Aspect de la malade : pâle, anémique. Le ventre est gros, douloureux, sonore. On remet l'examen à plus tard à cause de la douleur.

On trouve ensuite une masse remontant en haut et à droite jusqu'à l'ombilic, mate et fluctuante ; de consistance variable, suivant les points. On pense à une péritonite suppurée enkystée. Son mari est mort de la tuberculose.

Laparotomie le 10 juillet.

On arrive sur une paroi lisse, épaisse, qui semble être un kyste. Ponction. Il s'écoule 250 grammes de pus épais, fétide. On incise la paroi, il s'écoule 200 grammes de pus fétide. On ne peut énucléer le kyste ; on le fixe à la paroi, on le bourre de gaze iodoformée.

Dans les temps qui suivirent, l'état général s'améliora considérablement, mais la plaie continua à suppurer et la malade sortit en septembre, suppurant encore et non cicatrisée.

Cette malade est morte cachectique, six semaines après sa sortie de l'hôpital, perdant par sa paroi des matières et du pus.

M. Bouilly, après l'intervention, avait conclu à une péritonite tuberculeuse enkystée.

Au début de l'infection tuberculeuse, on rencontre plus fréquemment encore que dans la forme ascitique des troubles de la menstruation. Nous ne pouvons partager l'opinion de M. A. Martin qui dit : « Les troubles de la menstruation ont perdu aujourd'hui tout crédit. Dans la tuberculose génitale, on n'observe habituellement, au moins au début, que des perturbations insignifiantes dans les règles. »

Les règles qui s'étaient installées chez la jeune fille, assez régulièrement, durent ainsi pendant un temps quelconque, puis quelquefois sans raison, ou à l'occasion d'une grossesse, la malade voit ses règles qui deviennent un peu plus irrégulières, manquant un mois ou deux, ou se supprimant complètement. La durée des règles s'abrége aussi ; au lieu de perdre 5 ou 6 jours, la malade perd 3, 2 ou 1 jour, et en même temps la quantité diminue jusqu'à devenir insignifiante. C'est ainsi qu'une malade me disait perdre à peu près la valeur d'une petite cuillerée à café de sang. Ces troubles augmentent parallèlement avec les douleurs qui, en général, au moment des règles, subissent une poussée nouvelle. Cependant dans certains cas, cette suppression des règles n'existe pas. Les malades, au contraire, soit à l'occasion des règles, soit sans aucune raison apparente, sont prises d'une hémorrhagie, plus ou moins considérable. C'est le cas, par exemple, de la malade de l'observation suivante dans laquelle la malade perd abondamment au moment de ses règles.

OBSERVATION XXVI

STERMANN. — *Thèse Kiel*, 1888

(Traduction personnelle)

Vingt-trois ans. Deux frères et sœurs morts de la tuberculose ; le reste de la famille est bien portant.

Enfant, elle fut malade : réglée à dix-sept ans, régulièrement. Dans ces derniers temps, elle perd beaucoup.

En février 1887, rapide développement du ventre, avec douleur à gauche.

Etat. — Abdomen augmenté de volume, bon état général. Extérieurement, on distingue deux tumeurs. Utérus normal, couché à droite. Du col s'écoule un liquide purulent.

Laparotomie. — Ablation des deux trompes volumineuses. Le reste est sain. Trompe droite contournée se terminant par une tumeur ronde. Les parois tubaires épaissies et farcies de nodules tuberculeux. Oblitération des deux extrémités. En un point du revêtement péritonéal sont de semblables granulations, ainsi que sur une adhérence avec l'épiploon. La séreuse est épaissie dans toute l'épaisseur de la paroi; cellules géantes. La trompe gauche présente les mêmes lésions, mais moins avancées.

C'est aussi le cas de l'observation suivante où la maladie commença par une metrorrhagie abondante, sans cause et durant huit jours; puis, pendant deux ans, les règles furent normales et, brusquement, les pertes se reproduisent deux ou trois fois par mois, et ce n'est qu'à ce moment que les douleurs apparaissent.

OBSERVATION XXVII

Prise par notre collègue GIROD

Communiquée par M. le docteur OMBREDANNE

(Inédite)

Thérèse H..., vingt-huit ans. Hôpital Saint-Louis, salle Denonvillers. 20 septembre 1902.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Convulsions dans l'enfance. Réglée à dix ans, toujours irrégulièrement et peu abondamment. Règles douloureuses.

Premier accouchement à vingt et un ans. Les règles persistent pendant la grossesse, accouchement difficile, délivrance artificielle et curetage.

Deuxième accouchement à vingt-quatre ans. Délivrance artificielle, curetage. Pas de fausses couches.

Il y a deux ans, métrorrhagies abondantes, sans cause apparente, durée huit jours. Les règles reprennent très irrégulièrement.

Depuis le 9 novembre dernier, pertes abondantes deux ou trois fois par mois. En même temps, douleurs dans le bas-ventre, devenues rapidement violentes et lancinantes.

Juillet dernier, pleurésie droite (deux ponctions), durant jusqu'à fin août.

Etat actuel. — Malade affaiblie, maigre, peu d'appétit, pas de constipation, pas de troubles urinaires.

Auscultation. — A gauche rien, au sommet droit, submatité, respiration rude, soufflante. Souffle mitral. Le bas-ventre est douloureux et, par cela même, difficile à examiner; on ne sent rien par le palper.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus en antéversion. Dans le cul-de-sac droit, masse de la grosseur d'une mandarine. Dans le cul-de-sac gauche, masse annexielle.

Laparotomie le 2 octobre. Des adhérences lâches unissent l'intestin et l'épiploon à la masse annexielle droite. On enlève facilement les annexes droites.

Le péritoine du petit bassin est entièrement recouvert de granulations tuberculeuses. Abondantes sur le péritoine pariétal, où elles ne remontent pas plus haut que l'ombilic, on en trouve sur le fond de l'utérus.

Ces granulations sont beaucoup moins nombreuses sur l'intestin, mais ne sortent pas du petit bassin.

Une petite quantité d'ascite dans le fond du cul-de-sac. Drain. Suture de la paroi en trois plans. La tumeur salpingienne est formée par une paroi très épaisse, contenant

du pus caséeux, logé dans des poches irrégulières et anfractueuses.

Le 12 octobre, la malade va bien. Les fils sont coupés.

Nous remarquons également un début semblable dans l'observation N° 96. La maladie débuta par une perte de 8 jours, accompagnée de douleurs abdominales, pour faire place ensuite à une suppression complète de règles. Nous pourrions en multiplier les exemples ; il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir nos observations, mais nous avons cru bon d'en rapprocher quelques-unes pour faire ressortir les différentes façons dont peuvent se produire ces métrorrhagies.

Un autre fait, que nous retrouvons fréquemment dans les observations, c'est la présence de pertes blanches. Elles peuvent apparaître plus ou moins tardivement, mais, en général, c'est un symptôme précoce qui peut même rester longtemps le seul symptôme. Cette leucorrhée peut affecter différents modes ; tantôt, elle dure 8, 10, 15 jours par mois dans l'intervalle des règles

Ce sont des pertes franchement blanches, muqueuses comme dans la métrite banale ; tantôt, au contraire, jaunâtres, verdâtres, ou franchement purulentes.

M. Cornil insiste sur le caractère qu'affectent quelquefois ces pertes utérines, dans le cas où les lésions sont assez avancées. Elles sont grumeleuses, caillebotées, et cet aspect est caractéristique ; on v

rencontre des bacilles, si l'on veut se donner la peine de les rechercher souvent.

Peu à peu, tous ces signes augmentent d'intensité, l'état général commence à s'altérer. Le plus souvent les malades se mettent à avoir de la fièvre.

Quelques auteurs ont constaté l'hypothermie matinale ; l'hyperthermie vespérale est de règle. En même temps, la pelvi-péritonite tuberculeuse augmente de volume, mais, et c'est un des caractères importants de cette affection, cette progression de la tuberculose génitopéritonéale procède par poussées. Après une poussée aiguë, tout rentre à peu près dans l'ordre ; la malade est un peu plus souffrante qu'auparavant, sa pelvipéritonite est un peu plus étendue, mais ses douleurs n'étant pas beaucoup plus fortes, souvent elle attend.

Ces poussées aiguës s'accompagnent de fièvre, de frissons, quelquefois de vomissements.

Dans d'autres cas, la réaction péritonéale se produit plus lentement, mais aussi sûrement, se caractérisant par du ballonnement sans ascite, puis, peu à peu, les adhérences se font à l'intestin ; l'épiploon, le péritoine pariétal se soudent en allant de bas en haut, et on peut, par la palpation, sentir des masses dures à côté d'endroits sains.

Stérilité

La stérilité a été souvent constatée au cours de la tuberculose génitale. Nous la rencontrons dans plu-

sieurs observations. La présence de grossesses antérieures doit nous faire penser que le début de la maladie ne s'est fait que par la suite. Cependant, ce n'est pas une impossibilité absolue, car les cas ne sont pas rares de grossesses donnant un coup de fouet à une tuberculose déjà existante.

Evolution sans symptômes

Quelquefois, tous ces symptômes n'existent pour ainsi dire pas, et il est des cas où l'extension des lésions arrive à être très considérable avant que l'attention de la malade soit mise en éveil. Cette absence de symptômes est rare, cependant. Nous en relatons une observation que nous communique notre maître M. Bouilly. On se rendra compte, par sa lecture, de la difficulté, de l'impossibilité même, de faire le diagnostic, puisque tous les symptômes sont absents:

OBSERVATION XXVIII

Communiquée par M. le Docteur BOUILLY

(Inédite.)

Double volumineux pyosalpinx tuberculeux. Ablation. Conservation de l'ovaire droit.

Laparotomie le 10 janvier 1901.

Utérus à sa place, volume normal. A droite, grosse masse distendue par du liquide, peu adhérente, puisque la position inclinée l'entraîne en bas. A gauche, volumineuse tumeur,

occupant le Douglas, immobilisée par des adhérences lâches et récentes. Ponction de la masse droite : 300 grammes de liquide puriforme, bien lié, sans odeur. La poche est enlevée ; on constate à sa surface des traces d'adhérences et de péritonite séreuse. L'ovaire est laissé en place.

A gauche, même manœuvre : 300 grammes de pus semblable. L'énucléation est moins facile à cause des adhérences, davantage de péritonite séreuse ; la poche est plus profonde, plus adhérente. On enlève, finalement, trompe et ovaire de ce côté. Suture de la paroi ; pas de drain.

Examen des pièces.

Les deux trompes sont remplies de pus.

L'ovaire gauche est kystique.

Les lésions sont les mêmes des deux côtés. Volume du poing. Parois minces.

La muqueuse très épaisse, jaunâtre, présentant par place de véritables ecchymoses, végétante.

Par place, rétrécissement séparant deux dilatations.

Les 2 ou 3 premiers centimètres de chaque trompe sont oblitérés. Il n'y a nulle part de granulations.

Examen histologique (M. GOMBAULT) (résumé). — Lésions tuberculeuses avec parties caséifiées et cellules géantes dans la portion sous muqueuse et dans la muqueuse.

Pas de bacilles.

Suites opératoires très simples. La malade sort en bon état, le 15 février 1901.

Revue en décembre 1902. Après être restée longtemps pâle et d'apparence anémique, elle a repris une santé parfaite.

Localement, il n'y a ni douleur, ni tuméfaction. Les règles sont régulières. La malade ne s'étonne que d'une chose, c'est de ne pas devenir enceinte.

« L'intérêt de cette observation réside dans l'évolution froide, lente, inaperçue de lésions tuberculeuses de volume

considérable. Il s'agit d'une jeune femme de gracieuse apparence : pâle, délicate, mais non amaigrie, ayant toujours mené une vie de jeune fille mondaine et ayant pu, sans scrupule, être mariée depuis huit mois à un mari jeune et ardent.

« Je fus appelé parce que cette jeune femme éprouvait quelques douleurs au moment de ses règles et qu'elle avait constaté dans son ventre l'apparition de tuméfactions qui commençaient à faire relief sous la paroi. D'après son médecin, ces tuméfactions existaient depuis 4 ou 5 ans, au moins, sans donner lieu à aucun symptôme. Il était facile de constater, par le palper et le toucher combinés, la présence de deux tumeurs indolentes, situées à droite et à gauche de l'utérus, faisant saillie dans les culs-de-sac latéraux, et très facilement fluctuantes ; elles ont, à peu près, le volume d'une très grosse orange et se dessinaient sous la peau dans le décubitus horizontal. Autour d'elles, les tissus étaient souples, sans induration, ayant tout à fait la consistance normale.

« En tenant compte de l'évolution de la tumeur et de ses divers caractères, je n'hésitai pas à diagnostiquer deux kystes, et, me basant sur les rapports intimes avec le bord de l'utérus et leur fixité en ce point, à conclure à deux kystes paraovariens. Je conseillai vivement l'opération qui me paraissait tout à fait indiquée, et dans laquelle on pouvait espérer conserver les ovaires et les trompes. »

Examen de la malade. — L'état n'est plus le même que dans la forme ascitique. Ce qui, dans ce cas, était la règle, forme ici l'exception. L'état général est le plus souvent compromis. Lorsque, pourtant, les malades sont examinées à une période précoce, leur santé est encore bonne.

En général, on a affaire à des malades maigres et

chétives, souvent même cachectiques. Les fonctions digestives se font mal, l'appétit est nul, quelquefois même les vomissements empêchent l'alimentation. La diarrhée est continuelle ou bien alternant avec la constipation. La miction est quelquefois fréquente et douloureuse.

On trouve quelquefois des lésions pulmonaires à différents degrés, depuis les lésions douteuses jusqu'au point le plus avancé.

Dans le cas de lésions génitales primitives, les lésions pulmonaires sont peu avancées.

L'abdomen, en général, peu augmenté de volume ; la palpation douloureuse, mais la douleur est très variable.

La percussion peut, quelquefois, indiquer des points mats séparés par des zones sonores. La palpation montre qu'aux points mats répondent, quelquefois, des gâteaux plus durs, et, quelquefois, on y trouve des frottements caractéristiques.

L'examen des organes génitaux est de première importance. Le vagin et la vulve peuvent présenter des lésions secondaires. Il en est de même du col ; souvent, cependant, s'écoulent du col des glaires souvent jaunâtres, quelquefois franchement purulentes.

L'utérus immobilisé est fixé par des adhérences qui l'englobent ; son fond est souvent impossible à reconnaître, et il est parfois nécessaire de recourir à l'hystéromètre pour reconnaître sa direction.

Autour de lui, les œufs-de-sac ont perdu leur sou-

plesse; ils sont pleins de masses dures, bosselées, inégales comme surface et comme résistance. Par le toucher combiné au palper, on délimite vaguement une masse remplissant le petit bassin plus d'un côté que de l'autre, débordant au-dessus du pubis dans les cas avancés. Au milieu de ces masses il est impossible, le plus souvent, de distinguer ce qui est trompe, ovaire et périsalpingite. Cet examen est assez douloureux et réveille souvent une douleur qui n'existe pas spontanément.

Lorsque la lésion est moins avancée, et souvent les malades viennent de bonne heure, soit par crainte, soit par bon sens, les signes seront différents.

En ce cas, on se trouve en face de malades bien portants, présentant à l'examen tous les signes d'une pelvipéritonite d'origine quelconque. Le toucher montre des lésions annexielles banales, sans caractère particulier. Cependant il nous faut remarquer que fréquemment, à cette période rapprochée du début, les lésions sont unilatérales. L'observateur pourra peut-être, s'il est habitué à pratiquer les touchers, distinguer la trompe de l'ovaire et dans celle-là trouver des nodosités un peu spéciales.

Evolution de la maladie. — Poussées de pelvipéritonite. — Nous avons déjà signalé les poussées de pelvipéritonite dans la marche de cette affection.

Elles sont bien plus fréquentes ici que dans tous les autres cas. M. Terrillon a insisté, à plusieurs reprises sur cette grande fréquence :

« Le caractère qui différencie le plus à mon avis la

« salpingite tuberculeuse de la salpingite ordinaire,
« est celui qui est fourni au chirurgien par l'obser-
« vation de plusieurs poussées successives de pelvi-
« péritonite... Je pourrais vous citer l'exemple d'une
« femme qui, de 25 à 29 ans, eut 18 poussées de pel-
« vipéritonite. »

A plusieurs reprises, M. Terrillon, qui s'occupa de la péritonite et de la salpingite tuberculeuse, insista sur ces poussées.

Nous avons aussi rencontré fréquemment ce cas de pelvipéritonite à allures aiguës, plus fréquentes, plus longues. Mais, il nous semble que peu de chirurgiens ont parlé de la violence qu'elles peuvent acquérir. Leur début violent, brusque, est quelquefois tellement remarquable, que le diagnostic se pose avec toutes les affections à début brusque. Nous avons eu dernièrement, l'occasion d'observer une malade dans le service de notre maître, M. Bouilly. Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue, aussi la relatons-nous telle qu'elle a été prise par un externe de notre service.

OBSERVATION XXIX

Recueillie dans le service de M. le docteur BOUILLY

(Inédite)

Eugénie Col... 17 ans, journalière.

Entrée le 16 novembre 1902. Pavillon Velpeau, lit n° 19.

Antécédents héréditaires : Néant, sauf qu'une sœur est morte d'une méningite tuberculeuse.

Elle a de la bronchite chronique depuis longtemps. Réglée

a 13 ans et demi, irrégulièrement, variant, comme durée, de 1 à 6 jours; règles très variables comme apparition.

La quantité des règles est très variable. Elle a, depuis quelques mois, une leucorrhée peu abondante. Pas mariée. L'appétit a toujours été bon; elle n'a pas maigri, sauf un peu depuis un mois.

Dernières règles le 12. Ce jour-là elle partit travailler comme d'habitude, elle avait souffert un peu dans la nuit; le matin, après avoir travaillé un peu, elle fut obligée de rentrer; sensation de douleur dans l'hypogastre, de pesanteur dans la région utérine; elle reste chez elle un jour couchée, puis entre en médecine à l'hôpital Cochin, où on la passe dans le service de gynécologie.

Au moment de l'entrée, température 38°2; faciès péritonéal, yeux cernés, langue sèche. Le ventre est extrêmement ballonné, douloureux à la pression, tellement qu'on ne peut y toucher. La douleur est peut-être moins vive à gauche qu'à droite.

Au toucher. — Le col est petit; l'utérus autant qu'on peut s'en rendre compte, est normal; le corps est confondu avec une masse volumineuse, saillant à quatre travers de doigts du pubis, débordant surtout du côté droit; au milieu de cette masse, il est impossible de distinguer les annexes.

Les deux culs-de-sac sont également remplis.

Il semble que par le toucher et le palper, on ait une vague sensation de rénitence. On fait le diagnostic de pelvipéritonite en faisant des réserves en faveur d'une hématoçèle.

Traitement. — Glace, opium.

Le lendemain, brusquement dans la journée, le ventre devient plus volumineux; le globe que l'on sentait au-dessus du pubis, monte, en quelques heures, jusqu'à dépasser l'ombilic. Les douleurs deviennent plus violentes. Plusieurs fois dans la nuit, la malade fut revue. Le lendemain matin, le calme était à peu près rétabli. Les jours suivants, l'état général s'améliora.

27 novembre. — La diarrhée diminue, l'état général est bon. La masse que l'on sentait est encore sensible, mais beaucoup moins grosse.

11 décembre. — On sent une masse annexielle à droite, tendant à passer en avant de l'utérus. Il y a des adhérences épiploïques qui forment un plastron légèrement induré. A gauche, les annexes paraissent grosses et dures. M. Bouilly fait alors le diagnostic de salpingite d'origine bacillaire.

Laparotomie. — 23 décembre. — On tombe aussitôt avoir ouvert le péritoine sur l'épiploon adhérent à la paroi et aux organes du petit bassin. On s'en débarrasse en plaçant une ligature. On constate des masses caséuses dans cet épiploon. Les organes du petit bassin forment une masse qu'on isole très péniblement.

D'abord, les annexes droites qui adhèrent au cœcum et aux parois, puis, les annexes gauches qui adhèrent à l'S iliaque et aux parois. Enfin, l'utérus adhérent au rectum et à la vessie. Les annexes sont culbutées en arrière. Hystérectomie supravaginale. Deux drains, deux mèches, car il est impossible de péritoniser. Suture en trois plans. Le soir, tout va bien.

Pièces. — Utérus petit, d'aspect sain. Rien dans la cavité. Lésions analogues pour les annexes des deux côtés. La trompe est formée de deux parties. Une utérine, environ les deux tiers, très étroite, à lumière filiforme. Une externe, du volume du pouce. Le pavillon perdu au milieu des adhérences. A la coupe, paroi amincie, détruite en partie, la muqueuse remplacée par un magma caséux. Les ovaires sont gros, kystiques, ne présentant à la vue aucune lésion inflammatoire.

L'examen histologique montre dans les trompes des cellules géantes, très nombreuses dans la muqueuse, et des places en pleine dégénérescence caséuse.

Les suites opératoires furent bonnes. La malade sort guérie.

Nous relevons, dans cette histoire, plusieurs points intéressants. Le début et le mode de contagion nous paraissent difficiles à préciser. Mais, voilà que brusquement, la douleur paraît assez rapidement pour surprendre la malade au milieu de ses occupations.

Les règles se suspendent ; la douleur, l'état général font de suite penser à une hématocele et le diagnostic de M. Bouilly reste en suspens pendant deux jours.

Le diagnostic de pelvipéritonite s'affirma bientôt et peu de temps après, M. Bouilly reconnut qu'il s'agissait, très probablement, d'une péritonite bacillaire. Il nous a dit qu'il avait fréquemment observé des poussées de cette violence dans les lésions de cette nature. Il est vrai que, dans ce cas, il n'y avait pas seulement pelvipéritonite, mais, en somme, la grande cavité péritonéale avait participé à la réaction, puisque le ballonnement était généralisé et que la masse que nous sentions remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Caséification ; suppuration. — Si l'on n'intervient pas, les lésions de tuberculose génito-péritonéale n'ont pas, d'elles-mêmes, tendance vers la guérison. Le processus s'étend, de proche en proche, par un travail lent mais continu, qui envahit progressivement les parois intestinales, les ganglions mésentériques, l'épiploon et qui, facilement, amènera la malade à l'état cachectique.

Les lésions anciennes aboutissent, comme toutes les lésions tuberculeuses, à la fonte caséuse. Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'étude anatomo-

pathologique de ces lésions. Nous ne voulons les étudier qu'au point de vue clinique.

On trouve donc, lorsqu'on opère une tuberculose génito-péritonéale à ce point, les annexes fixées, par des adhérences, aux parois du petit bassin, à la vessie en avant, mais, surtout aux intestins et à l'épiploon. Celui-ci, vient plonger dans le petit bassin, adhère rapidement et s'infecte. C'est pourquoi on y rencontre, le plus souvent, des points qui sont transformés en masses caséeuses. Les adhérences à l'intestin se font rapidement aussi. C'est, le plus fréquemment, avec le rectum, l'S iliaque et le cæcum qu'elles se font.

Elles maintiennent solidement les annexes, trompes souvent, ovaires plus rarement, et les immobilisent.

Le fond de l'utérus adhère le plus souvent, soit au cæcum et à l'S iliaque, soit à l'intestin grêle. Lorsque ces adhérences se sont établies, elles sont extrêmement solides d'abord, puis, la caséification s'y produit bientôt, envahissant peu à peu, et de proche en proche, la paroi intestinale, de telle sorte que l'aboutissant à peu près fatal n'est autre que la perforation des tuniques de l'intestin. C'est, nous le verrons tout à l'heure, une des plus fréquentes et des plus graves complications de l'intervention que ces adhérences intestinales. Avant même que la perforation spontanée ne se soit produite, ces adhérences intestinales impriment, fréquemment, une autre allure à la maladie. C'est, en effet, la plus sûre voie d'infection surajoutée pour ces lésions qui sont un terrain si bien préparé, et il n'est pas rare de voir ainsi ces

lésions, au lieu d'évoluer froidement, prendre, au contraire, cette allure plus aiguë, dont nous avons parlé; ou, d'autre part, passer à la suppuration.

Suppuration. — La pelvipéritonite tuberculeuse peut s'infecter par plusieurs voies; nous n'insistons pas : voies sanguine et lymphatique, voie génitale, et surtout, par le moyen des adhérences intestinales.

Cette suppuration n'aboutit que tout à fait exceptionnellement, en pratique, à la péritonite généralisée. Nous n'en avons pas encore rencontré d'exemple. Mais elle se fait dans des loges à parois épaisses; ce sont les masses caséeuses qui suppurent; c'est, d'autre part, la péritonite séreuse localisée quand elle coexiste qui devient purulente, et, dans tous les cas, la grande cavité est défendue par l'épaisseur des adhérences protectrices. La suppuration aboutit donc à la formation d'abcès localisés, mais multiples qui augmentent peu à peu de volume. La malade prend alors tout à fait l'aspect cachectique des malades qui ont un abcès pelvien. L'état général décline rapidement; l'alimentation est impossible, la diarrhée presque continuelle. La fièvre prend le plus souvent, le type caractérisé par des élévations vespérales, plus ou moins considérables, avec rémission matutinale, complète ou non.

Les douleurs augmentent de plus en plus, spontanées, siégeant dans le bas-ventre et les lombes, s'irradiant des racines nerveuses voisines. En outre, ces douleurs sont fréquemment exagérées par les

efforts de la défécation. La miction elle-même devient douloureuse.

Si l'on n'intervient pas, la terminaison fatale est à peu près inévitable. Cependant, si la perforation intestinale se produit, l'abcès, ou l'un des abcès se vide dans l'intestin, et il peut se produire alors une rémission sérieuse. La malade a une selle qui renferme du pus en plus ou moins grande abondance.

Cette évacuation, dans le cas où la malade a par avance de la diarrhée, peut très fréquemment passer inaperçue. Mais l'accalmie n'est en général que passagère, car cette porte de sortie du pus est aussi une nouvelle porte d'entrée, large ouverte pour une nouvelle infection, et nous n'avons vu, nulle part, noter la guérison de cette façon.

Dans d'autres cas, une poche d'abcès peut s'ouvrir dans la vessie, ou dans le vagin.

Ce sont des raretés, tandis que la communication avec l'intestin est d'une très grande fréquence.

Autres complications. Cette progression de la péritonite tuberculeuse n'a pas toujours le temps de se produire. D'autres complications peuvent intervenir que nous nous contentons de signaler.

Comme dans toute tuberculose locale, on voit très fréquemment éclater la tuberculose pulmonaire.

Cette infection à distance se fait par la voie sanguine. Il s'agit très souvent d'une tuberculose à évolution lente, ou d'une granulie qui emporte rapidement la malade ; mais il est à remarquer que,

très fréquemment, les lésions chroniques rétrocedent et guérissent après l'intervention chirurgicale.

Dans d'autres cas, la transmission se fait par la voie des plèvres, et on peut noter d'abord l'apparition d'une pleurésie avant toute lésion pulmonaire.

Parmi les complications plus rares, il nous faut simplement citer la tuberculose des méninges, que nous relevons fréquemment, et la tuberculose des capsules surrénales.

Nous croyons bien que l'évolution naturelle et à peu près infaillible de ces lésions tuberculeuses conduit fatalement à la mort, et c'est un argument des plus sérieux pour proposer l'opération, même dans les cas très graves.

DIAGNOSTIC

Il est des cas où le diagnostic de péritonite tuberculeuse, très facile à faire, s'impose presque de lui-même. Mais, dans ces cas, il peut être quelquefois difficile de trouver la lésion initiale qui a infecté le péritoine. Dans bien des cas d'ailleurs, le diagnostic de la péritonite elle-même présente quelques difficultés, et les cas ne sont pas rares d'erreurs de diagnostic, par les meilleurs cliniciens. Nous allons passer en revue les différents cas dans lesquels, en pratique, on peut se trouver ; nous laisserons, de parti pris dans l'ombre, bien des choses importantes qui sont, actuellement, si bien mises au point dans tous les traités classiques.

Forme ascitique libre. — La présence du liquide libre dans la cavité péritonéale est facile, en général, à constater. Les symptômes de cette ascite n'ont, nous l'avons vu, rien de caractéristique. Ils sont trop connus, pour que nous y insistions. Il est plus

difficile souvent, lorsqu'on a reconnu l'ascite, d'en reconnaître la nature. Cette difficulté est si considérable qu'elle fut, dans nombre de cas, méconnue.

En présence d'une femme jeune, on devra d'abord rechercher toutes les causes ordinaires de l'ascite : affections cardiaques, du foie, de l'intestin, cela est classique ; puis, quand on aura éliminé toutes ces causes, il faudra toujours penser à la péritonite tuberculeuse.

L'intestin peut être le point de départ de la péritonite tuberculeuse. Les troubles de la digestion, la diarrhée, alternant avec la constipation, mettront sur la voie et permettront quelquefois de reconnaître ce point de départ. L'état général est, dans ce cas, beaucoup plus rapidement atteint que dans le cas où le point de départ est génital.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une jeune femme dans ces conditions, il faudra toujours pratiquer le toucher. Fréquemment, nous l'avons dit, on trouvera peu de lésions, un utérus un peu gros ou légèrement douloureux, un cul-de-sac sensible dans lequel la trompe elle-même paraîtra à peine augmentée de volume. Tout cela est bien vague, mais avec l'aide des commémoratifs, suffira pour éclaircir le diagnostic. Quelquefois, tout cela manque ; nous savons qu'à de grosses ascites, répondent souvent de très minimes lésions. Il faut donc, quand on a affaire à de grandes ascites, ne chercher et ne s'attendre à trouver que de petites lésions.

Quelquefois, chez les vierges et chez les enfants,

le toucher vaginal impossible supprimera même ces modestes renseignements.

De plus, M. Bouilly fait remarquer que : « les
« signes périutérins peuvent faire défaut et leur
« constatation n'est pas indispensable pour affirmer
« le diagnostic d'ascite symptomatique d'une inva-
« sion annexielle et péritonéale. Le siège élevé des
« lésions et la présence du liquide ne permettent
« pas de constater ces lésions, mais dans tous les
« cas d'ascite de cet ordre que j'ai traités par la
« laparatomie, je ne les ai jamais vues faire défaut. »

L'interrogatoire présente, dans ces cas, une grande importance. Nous avons vu combien fréquents sont les troubles de la menstruation, lorsque les annexes sont atteintes. Les retards de règles, les métrorrhagies sans cause, les pertes blanches, montreront au chirurgien que l'appareil génital est malade, alors même qu'il ne peut sentir les lésions.

Le clinicien a encore à sa disposition d'autres méthodes. L'examen des mucosités utérines permettra quelquefois, dans le cas surtout où l'utérus est aussi en cause, de reconnaître la présence de bacilles. Un premier examen négatif ne doit pas décourager ; il faut même, en cas d'insuccès, répéter plusieurs fois cet examen. Quelques chirurgiens pratiquent, dans ces conditions, des injections de tuberculine pour confirmer leur diagnostic. Nous pensons, pour notre part, que ce moyen n'est peut-être pas nécessaire ; nous n'avons jamais rencontré de cas où il fut réellement utile.

Done, dans le cas d'ascite chez une jeune femme, toute autre cause étant éliminée, nous devons conclure à une ascite symptomatique d'une tuberculose génitale, le plus souvent peu avancée. Nous rejetons formellement le terme d'ascite essentielle qui ne repose sur aucun fait précis et qui ne répond, croyons-nous, qu'à des erreurs de diagnostic.

Forme ascitique enkystée. — Dans ce cas, les difficultés de diagnostic sont grandes aussi. La question qui se pose le plus souvent est celle-ci : Il y a une collection liquide.

Quelle est cette collection ?

La collection est délimitée par la palpation, par la sonorité autour, par la matité sur la tumeur. A-t-on à faire à un kyste de l'ovaire, un kyste du mésentère, une péritonite enkystée ? Nombreux sont les cas d'erreurs qui ont été publiés, plus nombreux encore, probablement, ceux qui sont restés ignorés ; et, dans nombre de cas, le diagnostic est resté en suspens et n'a été confirmé que par la laparatomie ; et, de fait, le diagnostic est cliniquement quelquefois impossible, entre ces différentes collections.

« Certains détails peuvent utilement servir pour le diagnostic ; dans cette forme, la quantité du liquide n'est pas toujours la même, suivant les périodes de l'examen... Pareil changement ne s'observe pas dans un kyste de l'ovaire (BOUILLY). »

Nous avons dit aussi que : « à la palpation, la tumeur liquide est mal limitée ; elle fuit, pour ainsi dire, sous la main. » « A moins d'une collection

« volumineuse et tendue, la fluctuation reste
« douteuse ; à volume égal de l'abdomen, un kyste
« sans partie solide serait franchement fluctuant
« (BOUILLY). »

Enfin, quelquefois, à côté d'une collection enkystée, la présence d'un gâteau péritonéal, d'un point plus résistant, fera pencher la balance dans un sens plutôt que dans un autre.

Le toucher vaginal sera peut-être absolument négatif. Quelquefois, cependant, il permettra de constater des lésions annexielles très nettes qui éclaireront la situation.

L'interrogatoire n'est pas à négliger. Il est vrai que dans le kyste de l'ovaire, il existe des troubles génitaux, mais ils sont moins prononcés, moins précoces.

L'existence de poussées fébriles et douloureuses, l'atteinte de l'état général, la diarrhée et surtout l'élévation vespérale de la température, plaident pour la tuberculose. Dans ce cas, et nous ne faisons que l'indiquer, la recherche des bacilles, l'injection de tuberculine pourront rendre des services.

Malgré un examen complet et consciencieux, il est des cas où le bistouri seul doit décider du diagnostic, et tous les cliniciens les plus consciencieux, et les meilleurs, s'arrêtent quelquefois devant un diagnostic impossible.

Le kyste du mésentère ressemble, dans bien des cas, à la péritonite enkystée, d'origine génitale. On

en voit un exemple très net dans notre observation N° 117.

Les signes ordinaires du kyste du mésentère y étaient réunis : entre le foie et la tumeur, il y avait une zone de sonorité très nette. Entre la tumeur et le pubis, il y avait également une zone sonore. Il est vrai que la mobilité transversale du kyste du mésentère, n'a pas été notée dans l'observation ; mais le diagnostic était si évident, qu'on ne se posa même pas la question de péritonite tuberculeuse.

Enfin, la péritonite enkystée peut avoir un point de départ intestinal. Les accidents intestinaux, diarrhée, coliques sont alors bien plus précoces. On constate souvent, par la palpation, une masse dure, douloureuse. Quelquefois, cependant, cette recherche reste négative. La tuberculose du cœcum donnera lieu à plus de difficultés, d'autant plus que, fréquemment, des adhérences se produisent qui mettent en cause intestins et annexes. Il faudra, par l'interrogatoire chercher à se rendre compte quel est l'organe primitivement atteint, en faisant cette restriction que la lésion initiale peut être restée, jusqu'alors, absolument silencieuse.

Pelvi-péritonite tuberculeuse

Lorsqu'on se trouve en présence de malade présentant le tableau symptomatique de lésions annexielles avec pelvi-péritonite, il est bien difficile, souvent, de reconnaître la nature de la lésion.

M. J.-L. Faure, au Congrès de Rome 1902, s'exprime ainsi : « En dehors des cas exceptionnels dans
« lesquels l'examen des sécrétions utérines, si on
« croit devoir recourir à ce moyen bien rarement
« utile, permettra de déceler la présence du bacille,
« il faut renoncer à demander à la clinique plus
« qu'elle ne peut donner, et prendre son parti de ne
« reconnaître la tuberculose génitale que pendant
« l'opération et, quelquefois même, au cours des
« examens histologiques. »

Cette opinion est souvent vraie, mais nous croyons que, souvent, cependant, il est possible de faire le diagnostic préopératoire de lésions annexielles tuberculeuses. Nous avons vu, souvent, ce diagnostic posé avant l'opération par notre maître Bouilly, dans des cas de pelvi-péritonite sans ascite, et, par l'examen histologique, le diagnostic se trouva confirmé.

La difficulté en est néanmoins très grande, et M. Terrillon a déjà insisté sur cette difficulté. Ce qui renseignera, surtout, c'est l'histoire de la malade. Si l'on veut bien se reporter à ce que nous avons déjà dit du début de l'affection, on se rendra compte qu'un interrogatoire soigneux devra mettre sur la voie du diagnostic, ou tout au moins éveiller l'attention. La constatation de poussées de pelvi-péritonite, longues et répétées, constitue une présomption importante. De même, les troubles précoces de la menstruation, et avant tout, l'aménorrhée, constituent, à notre avis, un signe clinique de la plus haute valeur.

Nous lisons, dans la plupart des travaux sur la

question, que la présence d'une salpingite, alors qu'on peut affirmer l'absence de blennorrhagie antérieure, doit faire penser à la tuberculose. Nous ne partageons pas cet avis. La plupart de ces auteurs admettent, par ailleurs, que la présence d'une lésion inflammatoire quelconque, et de celle-ci en particulier, est une cause prédisposante pour le développement d'une tuberculose génitale.

La présence d'une blennorrhagie antérieure ne doit donc nullement influencer le diagnostic.

Nous mettons à part les cas où on assiste à la fois à la blennorrhagie et à la première poussée de pelvi-péritonite qu'elle détermine. En tout cas, nous croyons que, dans tous les cas de lésions péritonéales et annexielles, il faut penser aux lésions tuberculeuses et ne les repousser qu'à bon escient. Le diagnostic en sera plus souvent posé.

Le toucher vaginal peut, lui-même, fournir des renseignements importants. Combinant le toucher avec le palper, on trouvera dans les culs-de-sac des masses bosselées, dures, en chapelet. Hegar et ses élèves, en particulier Alterthum, attirent l'attention sur cette sensation particulière. On doit, d'après Kehrer (1), penser à la tuberculose chaque fois qu'on sent des nodosités au niveau des angles utérins. Il nous semble qu'il n'est pas nécessaire que ces nodosités soient localisées là, car, fréquemment, c'est l'extrémité externe de la trompe qui est en cause.

(1) KERDER. — *In Hegars Bein.* Bd. V. S. 83-84.

Quand on sent les annexes dures bosselées, mal limitées, fixées au milieu d'adhérences très solides remontant haut dans le petit bassin, on est, d'après nous, autorisé à penser à la tuberculose.

C'est alors que l'histoire de la malade, l'examen des sécrétions utérines, peut-être l'injection de tuberculine, pourront rendre des services pour confirmer le diagnostic. C'est, d'ailleurs, l'avis émis au Congrès de Rome par le professeur Spinelli, de Naples ; « le « diagnostic clinique est possible, dit-il, mais il doit « être confirmé par le diagnostic bactériologique. » Cet examen bactériologique s'impose lorsque les pertes utérines sont assez accentuées pour faire croire à l'existence d'une tuberculose utérine. Il est bon, dans ce cas, de prélever un débris de muqueuse pour en faire l'examen. Cependant, l'examen bactériologique reste un moyen d'exception, car nous savons que, bien que l'infection soit ascendante, très souvent l'utérus reste indemne pendant longtemps.

Nous ne voudrions cependant pas, par l'écrit, aller plus loin que la pensée, et nous avouons que, si d'excellents cliniciens reconnaissent que le diagnostic est impossible, c'est qu'il présente, en réalité, de grosses difficultés.

Dans certains cas de tuberculose génitale peu accentuée, accompagnée d'une légère poussée péritonéale, le diagnostic présente des difficultés insurmontables.

Nous en avons rencontré plusieurs fois des cas dans lesquels nous croyons que, cliniquement, il

était impossible de faire un diagnostic autre que celui de salpingo-ovarite, et dans lesquels rien ne pouvait faire prévoir qu'on se trouvait en présence d'une lésion tuberculeuse.

Enfin, il est des cas où le diagnostic est encore impossible, tel, par exemple, celui où une pelvi-péritonite tuberculeuse co-existe avec une autre tumeur.

Ce sont des raretés, la découverte de la tuberculose est une trouvaille de laboratoire, et le clinicien, souvent, n'est pas en droit de faire un autre diagnostic que celui qu'il a fait. Il en est ainsi dans l'observation suivante où l'erreur était fatale.

OBSERVATION XXX

Due à M. le docteur BOUILLY

*Kyste végétant de l'ovaire co-existant avec Salpingite
et Péritonite tuberculeuses
Laparotomie. — Guérison.*

F. B..., 48 ans, entre à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, le 21 juin 1899. lit n° 8.

Pas d'antécédent génital, pas d'accouchement, ni de fausse-couche. Bien portante jusqu'en 1898; elle commence à souffrir il y a dix mois. Douleurs continuelles dans le bas-ventre, moins vives le soir et dans la nuit. Pertes blanches abondantes et d'odeur fétide. Pertes rouges. Troubles de menstruation. La malade, normalement réglée autrefois, a remarqué, depuis le début de sa maladie, que la durée de ses règles a diminué (deux jours au lieu de quatre).

Pas d'amaigrissement, conservation de l'appétit, fièvre il y a quinze jours. Constipation. Urines normales.

Examen de l'abdomen. — A la palpation, on sent une tumeur située nettement dans la fosse iliaque droite, du volume du poing, mobile, douloureuse à la pression.

Toucher vaginal. — Utérus en position normale, un peu gros, son fond est perceptible au-dessus du pubis. Rien dans les culs-de-sac latéraux.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent la tumeur abdominale qui paraît fluctuante et indépendante de l'utérus, et qui remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Diagnostic. — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Opération le 27 juin 1899.

Laparotomie. — A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ un demi-litre de liquide séro-sanguinolent.

A droite : Kyste de l'ovaire, du volume des deux poings, adhérent aux organes voisins. Au cours des manœuvres, rupture de plusieurs poches à contenu séreux plus ou moins louche et hématique.

La trompe droite est très dilatée, surtout dans sa moitié externe, ses parois sont épaissies. La surface externe est criblée de granulations variant du volume d'une noisette à celui d'un grain de plomb.

La trompe, dans son ensemble, adhère, d'ailleurs, intimement au kyste.

A gauche, dégénérescence kystique de l'ovaire, dont le volume est double. La trompe, peu épaissie, est parsemée de granulations.

Mêmes granulations sur le péritoine pariétal et sur le péritoine du corps utérin.

L'ablation bi-latérale des annexes est pratiquée sans grande difficulté. Drainage. Suites simples. L'abdomen reprend peu à peu sa souplesse, et la malade quitte l'hôpital en bon état de santé.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée se compose de deux parties :

1° L'une, la plus volumineuse, est franchement constituée par l'ovaire, considérablement augmenté de volume, d'apparence sarcomateuse et polykystique ;

2° L'autre, par la trompe hypertrophiée et confondue à sa partie externe et inférieure avec les parties sus-jacentes du néoplasme de l'ovaire.

Tout le péritoine péritubaire est recouvert de granulations de volume inégal, analogues à celles que l'on peut constater sur le péritoine pariétal et intestinal.

À la coupe, les parois de la trompe, considérablement hypertrophiées, ont l'apparence néoplasique.

La muqueuse tubaire est transformée en une surface bourgeonnante faisant hernie à la coupe. Les parois fibreuses et musculaires de la trompe sont épaissies, blanches et lardacées, très adhérentes au péritoine péri-salpingien, lui-même très épaissi.

Examen histologique fait par M. Letulle. — Le kyste de l'ovaire droit présente la structure habituelle des néoplasmes épithéliaux végétants de l'ovaire.

Trompe droite : La tunique externe séreuse est infiltrée par des traînées épithéliales néoplasiques.

Le muqueuse et la tunique moyenne sont criblées de follicules tuberculeux (LETULLE).

Il y a donc co-existence très nette chez cette malade d'un kyste végétant de l'ovaire et d'une salpingite tuberculeuse.

Je me contente de signaler le diagnostic entre la salpingo-ovarite tuberculeuse et l'hystérie sur lequel insiste James Ross (1).

L'erreur nous semble difficile, sauf dans le cas de lésions annexielles tout à fait insignifiantes.

(1) JAMES ROSS. 60^e Congrès de l'Assoc. méd. anglaise, 1897.

Poussées aiguës

Nous ne nous étendrons pas longuement sur ce chapitre. Nous ne croyons pas, en effet, qu'il soit possible de faire, à ce moment, le diagnostic de la nature de la pelvipéritonite. Il y a lieu, d'ailleurs, de distinguer deux choses : il faut faire, avant tout, le diagnostic de pelvipéritonite d'origine annexielle. C'est une question qui n'entre pas dans notre sujet. Il faut, ensuite, faire le diagnostic de la tuberculose.

L'examen digital sera le plus souvent impossible, ou du moins tellement douloureux qu'il ne donnera, le plus souvent, que des renseignements incomplets. Ce sera seulement, d'une part, l'histoire de la malade, d'autre part, l'examen des sécrétions qui feront naître des doutes. Nous avons vu, cependant, dans notre observation n° 28, que notre maître, M. Bouilly, fit le diagnostic avant la fin de la crise aiguë.

Les cas sont variables, et souvent s'impose un diagnostic tout autre. Le 15 juin 1898, à la Société de chirurgie, M. Lejars, vint communiquer deux cas dans lesquels il avait opéré, croyant avoir affaire à une appendicite; M. Routier répondit à M. Lejars, que lui aussi avait opéré une péritonite tuberculeuse croyant à une appendicite. Au congrès de Rome, le professeur Von Franqué de Wurzbourg rapporta le fait d'une jeune accouchée chez laquelle se développa une tuberculose aiguë du péritoine, qui fut prise pour une infection puerpérale. On voit, par ces différents

exemples, que le diagnostic est, dans ces cas, à peu près impossible à faire.

TRAITEMENT

Il n'y a pas bien longtemps encore, la péritonite tuberculeuse appartenait à la thérapeutique médicale. Depuis peu de temps elle est passée dans le domaine de la chirurgie et à fort bon droit, puisque l'opération sauve un grand nombre de malades qui, fatalement, seraient vouées à la mort.

Actuellement, le traitement opératoire semble réunir à peu près tous les suffrages ; cependant Herringham pense que nombre de péritonites guériraient sans intervention. Tout dernièrement encore, Theilhaber conseillait de n'opérer que pour les formes purulente ou ascitique, sans tendance à la résorption. Il conseillait de ne pas toucher aux formes sèches ou fibreuses, mais ce sont là des opinions isolées, et la plupart des chirurgiens sont actuellement d'accord.

Forme ascitique. — La ponction, suivie ou non d'insufflation ou d'injection dite modificatrice, ne compte plus que de rares partisans. Elle est aveugle et ne présente pas beaucoup d'avantages sur la laparotomie simple.

Laparotomie. — La laparotomie permet de vider l'ascite, de se rendre compte des lésions.

Lorsque le ventre est ouvert, après avoir vidé l'ascite, il convient toujours de rechercher si l'on trouve

la lésion initiale. Notre maître, M. Potherat (1), à la suite d'une communication à la Société de chirurgie, insista sur ce point. C'est aussi la pratique recommandée par M. Nélaton. Il faut toujours, après avoir vidé l'ascite, placer la malade en position inclinée pour examiner le petit bassin. Si les annexes paraissent saines, il faut les laisser en place, mais nous croyons que ce cas deviendra de plus en plus rare, quand de parti pris on ira les examiner.

Si l'un des côtés est malade, et souvent la lésion sera minime, l'extrémité de la trompe seule est augmentée de volume, il ne faut pas hésiter à sacrifier ce côté. Si les deux côtés sont malades, même légèrement, il faut les enlever.

Quelquefois, à vrai dire, la simple laparotomie a amené la guérison; mais, combien de malades chez lesquelles un scrupule peu justifié avait conduit à laisser les annexes, ont vu, ou bien la tuberculose locale continuer à évoluer, ou bien la lésion locale restant silencieuse, une autre localisation ou une généralisation se produire et les entraîner.

Un exemple typique et classique, c'est le cas de M. Nélaton (Observation 8).

Dans la plupart des observations où l'ablation des annexes a été faite de parti pris, nous voyons que la guérison a été rapidement complète.

Pendant ces vacances, j'eus l'occasion d'opérer une malade qui avait subi une laparotomie simple pour

(1) POTHERAT. — *Société de chirurgie*, 30 mai 1898.

péritonite tuberculeuse. Je trouvai la péritonite guérie, mais la tuberculose annexielle avait continué à évoluer. Je trouvai les trompes volumineuses, la droite surtout, et actuellement, elle présente une tuberculose pulmonaire au début et l'état général est médiocre. Parmi les observations d'opérations plus radicales, la guérison est, au contraire, rapide et la généralisation, beaucoup plus rare.

Faut-il laisser l'utérus ?

A ce sujet, les avis sont encore partagés. Lorsque l'utérus est gravement atteint, il faut l'enlever, il n'y a pas de discussion.

Lorsque l'utérus paraît peu ou pas malade, quelle conduite faut-il tenir ? M. J.-L. Faure est très affirmatif : « Il faut tout enlever, et faire sauter, en même temps que les annexes, l'utérus qui, lui aussi, peut être envahi et qui est, en tout cas, plus nuisible qu'utile. » Et ailleurs : « Si les lésions graves ou légères sont bilatérales, l'utérus inutile, infécond, envahi peut-être lui-même par d'invisibles tubercules, doit être sacrifié. » Cependant, cette opinion n'est pas partagée par tout le monde ; nous avons vu souvent, notre maître, M. Bouilly, laisser en place l'utérus, après avoir enlevé les annexes. Sippel (1), s'exprime ainsi à propos d'une opérée : « L'affection utérine étant peu importante, la menstruation existait et je pouvais la conserver en gardant un débris d'ovaire.... Si l'on considère que l'on peut soigner

(1) SIPPEL. — *Deuts. medic. Woch.*, 27 déc. 1894, p. 974.

« directement la cavité utérine....., on se décidera
« facilement en faveur de ma conduite..... Il en serait
« autrement, si l'utérus était plus malade, il faudrait
« alors l'enlever. »

Nous croyons que dans la laparotomie, en cas de petites lésions, il est permis, après avoir enlevé les annexes, de laisser l'utérus. Dans ce cas, peut-être serait-il bon de laisser, s'il est possible, un ovaire, en totalité ou en partie, si macroscopiquement, il est sain. On supprimerait ainsi les inconvénients de la castration totale. C'est, d'ailleurs, la conduite suivie souvent par M. Bouilly.

Mais, d'autre part, l'ablation totale présente de tels avantages de sécurité, qu'il est permis d'hésiter et nous ne voyons pas qu'il y ait de bien grandes raisons à se décider, dans un sens ou dans un autre. Mais si l'on doit tout enlever, pourquoi ne pas remplacer la laparotomie par l'hystérectomie vaginale?

Hystérectomie vaginale. — Löhlein propose de remplacer la laparotomie classique par la cœliotomie pratiquée à travers le cul-de-sac postérieur. « Cette opération présente les avantages suivants: Elle est facilement acceptée par les malades, elle constitue une opération moins grave que la laparotomie et assure mieux l'issue du liquide et le drainage de la cavité péritonéale. Enfin, lorsque les annexes sont atteintes, la cœliotomie permet de les extirper plus complètement que si l'on opère par la voie abdominale. » (1).

(1) *Semaine Médicale*, 1896, n° 56.

Cependant Daclin (1896), puis Brachet (1898), préconisent à Lyon, sous l'inspiration de Condamin, l'hystérectomie vaginale. Dans la laparotomie ordinaire, disent-ils, on ne peut vider complètement le liquide; il y a danger d'ouvrir les foyers à cause des adhérences intestinales; l'extirpation des annexes est moins facile. Notre collègue Laroche (1) ne partage pas cet avis. Il ne dit que quelques mots de l'hystérectomie vaginale et ne s'attarde pas à discuter ce mode de traitement, qu'il considère comme inférieur.

M. J. L. Faure, au contraire, s'en déclare grand partisan pour les cas où il y a peu d'adhérences. Et, de fait, cette opération est parfaitement rationnelle. Le choc est beaucoup moins considérable, et c'est une considération de grosse importance. La durée en est très courte. L'inoculation de la paroi abdominale est évitée. Le drainage est parfait; mais il ne faut y recourir que dans des cas bien déterminés, lorsque les annexes seront diagnostiquées malades des deux côtés, car si l'un des côtés est sain, on ne peut pas pratiquer l'hystérectomie totale. Mais il faut aussi que les organes malades ne soient pas trop adhérents. Lorsqu'on craindra de rencontrer des difficultés trop considérables, il ne faudra pas commencer une opération qu'on risque de laisser incomplète. C'est cette considération qui fait rejeter à M. le professeur Pozzi l'hystérectomie vaginale. Cependant, dans les observations de M. Bouilly, nous relevons plusieurs cas

(1) *Thèse de Paris*, 1900.

de tuberculose annexielle traités par hystérectomie vaginale.

Sur sept hystérectomies vaginales, il y a eu un cas de mort, un mois après l'opération ; il s'était fait une fistule rectovaginale et la malade est morte cachectique. Les autres malades, sorties vingt-cinq à trente jours après l'opération, ont été plusieurs fois revues en bonne santé. La plus ancienne remonte à huit ans, les autres ont sept, six et cinq ans de date.

Pelvipéritonite. — En dehors des poussées aiguës.

Longtemps, en cas de grosses lésions, les chirurgiens sont restés plus timorés ; actuellement, presque tous opèrent. Il faut, et les avis sont à peu près unanimes, enlever cette lésion dès qu'elle est diagnostiquée. Il y a là un abcès froid localisé, menace perpétuelle pour la vie du malade, et qu'il faut à tout prix enlever. Les dangers de l'opération ne peuvent être niés, mais la crainte doit disparaître devant cette quasi-certitude que la malade, sans intervention, est perdue. On nous pardonnera d'emprunter encore à M. J.-L. Faure, ces lignes qui résument si bien la question : « Dans la tuberculose
« des annexes, l'indication opératoire est plus pres-
« sante encore. Un foyer d'annexite tuberculeuse
« présente, en effet, tous les inconvénients d'un
« foyer d'annexite banale, mais il constitue, en outre,
« un risque permanent d'infection tuberculeuse et,
« s'il est quelquefois permis de temporiser en pré-
« sence d'une annexite ancienne, refroidie, peu
« douloureuse et, en somme, peu dangereuse, il

« n'est pas permis de laisser, sciemment, un foyer
« de tuberculose, toujours grave et toujours mena-
« çant, quand on peut le faire disparaître au prix
« d'une opération, dont les risques, bien que réels,
« ne peuvent être mis en balance avec les avantages
« qu'on peut en retirer. »

Ilâtons-nous d'ajouter qu'il y a peu de contre-indications à une intervention. La gravité et l'étendue des lésions péritonéo-génitales, loin de pousser le chirurgien à l'inaction, doivent, au contraire, le pousser à agir plus vite. Plus le danger est grand, et plus il faut aller vite.

Lorsque l'état général est gravement atteint, il faut opérer, c'est la seule chance de salut. On n'a jamais vu de tuberculoses génito-péritoneales graves (sauf chez les enfants), regresser d'elles-mêmes, tandis qu'on a vu, après l'opération, revenir à la santé des malades que l'on considérait comme perdues. Observations 95, 104, 131, etc.

La pleurésie, elle-même, n'est pas une contre-indication, pas plus, d'ailleurs, que les lésions pulmonaires.

Cependant, dans le cas de grosses lésions pulmonaires, les résultats ne sont pas encourageants, et, peut-être, les lésions très avancées des poumons, avec état cachectique, constitueraient-elles la seule contre-indication. Il ne faut pas en dire autant des lésions pulmonaires peu avancées, que l'on a vues quelquefois rétrocéder et guérir à la suite de l'intervention.

Technique opératoire et accidents. — Nous n'insisterons pas sur ce chapitre, aussi bien chaque chirurgien a-t-il sa pratique habituelle, qu'il applique à ce cas comme à tous les autres, et nous ne voyons, pour notre part, aucune indication pour appliquer une technique plutôt qu'une autre.

Dans les cas où l'on ne croira pas rencontrer de grosses adhérences intestinales, où les lésions paraîtront bien limitées, peut-être pourra-t-on encore ici recourir à l'hystérectomie vaginale. A une période plus avancée, nul ne songe à appliquer toujours l'hystérectomie vaginale. M. Segond a publié un cas avec mort par perforation intestinale. (Observation n° 55.) Notre observation n° 94 en est un autre cas. La laparotomie est plus sûre, mais souvent bien difficile aussi. Les adhérences intestinales denses et serrées, contenant souvent au centre de la matière caséuse, empiétant sur les tuniques intestinales, constituent le plus gros danger. On les détruira lentement, patiemment, à l'aide de compresse et des ciseaux s'éloignant le plus possible de l'intestin. Malgré cela, fréquemment, beaucoup plus fréquemment que dans les autres salpingo-ovarites, il se produit des fistules intestinales. Celles-ci se constatent au moment même de l'opération. Dans ce cas, il faut pratiquer la suture immédiate des parois intestinales. Il est même prudent, lorsque l'intestin paraît trop dénudé, en un certain endroit, d'y placer de suite quelques points de catgut fin.

D'autres fois, que la suture ait été faite ou non, la

fistule se produit dans les jours suivants. Nous ne partageons pas l'opinion de notre collègue Laroche, qui accuse le drain de causer ces fistules stercorales.

Elles se produisent souvent dans les cas non drainés, et souvent la partie de l'intestin où se fait la fistule, n'est pas en contact avec le drain. La production d'une fistule est un inconvénient, plutôt qu'un accident grave. Le plus souvent, après quelques jours, tout rentre dans le calme, surtout lorsque la fistule vient du gros intestin. Nous nous sommes, en un cas, très bien trouvé de l'aspiration pratiquée plusieurs fois par jour et qui empêchait l'accumulation de matières dans le petit bassin.

Cependant, quelquefois, la fistule persiste indéfiniment, créant une gêne assez peu considérable, puisque nous avons vu des malades qui préféreraient la garder, nous disant qu'elles s'en apercevaient à peine.

Il y a, à l'opération, d'autres inconvénients plus graves. L'intervention a déterminé, dans certains cas, l'apparition d'une tuberculose aiguë, qui emportait la malade en quelques jours. Observations Nos 64-106.

Enfin, d'autres malades, les plus atteintes, sont incapables de supporter l'opération et meurent très rapidement après l'opération.

Il est bien certain que l'on s'adresse à des malades peu résistantes, que les conditions opératoires ne sont pas excellentes ; est-ce une raison pour ne pas, même dans les cas graves, donner à la malade

la chance de guérison qui lui reste? Nous ne le croyons pas.

Poussées aiguës de pelvi-péritonite. — Il n'y a pas lieu d'intervenir au moment d'une poussée aiguë. Celle-ci n'est due, le plus souvent, qu'à une infection surajoutée, et il serait, non seulement inutile, mais dangereux d'intervenir à ce moment.

Le traitement consistera à mettre la malade au repos le plus absolu, diète lactée, hydrique. En cas de besoin, l'opium et les injections sous-cutanées de morphine pourront rendre des services.

La glace devra, en permanence, être maintenue sur le ventre; on attendra ainsi que la poussée soit passée, mais il faudra attendre que le calme soit revenu complètement, quelquefois un mois ou deux après, car, avons-nous dit, ces poussées sont longues à se calmer.

Péritonite suppurée. — Ici, non plus, les indications opératoires ne demandent pas de longs développements. Il faut opérer quand il y a du pus. C'est la seule porte de salut du malade, il ne faut pas la négliger. Il ne faut pas escompter une ouverture spontanée de la collection; elle est rare, sauf chez les enfants; nous en avons vu un cas, l'année dernière, chez notre maître, M. le Docteur Jalaguier. Il faudra, dans ce cas, ouvrir le péritoine, laver et refermer en laissant un large drainage.

Peut-être, si on a à faire à une pelvi-péritonite suppurée, une incision vaginale sauverait-elle momentanément la situation. Mais tout cela ne consti-

tue qu'une opération d'attente, et, plus tard, il faudra recourir à l'intervention radicale et supprimer la lésion initiale, cause de ces accidents.

Traitement consécutif. — On nous permettra d'ajouter quelques mots en terminant sur ce point peut-être un peu trop négligé. Lorsque la tuberculose locale est enlevée, que la malade est opératoirement guérie, le rôle du médecin n'est pas terminé. Il faut continuer à soigner la malade. Ce rôle, il est vrai, appartient au médecin, mais il faut, d'une façon ou d'une autre, que ces malades soient suivies. Il faut qu'elles soient prévenues que la guérison persistante et complète est entre leurs mains, qu'elles doivent vivre à la campagne et suivre un régime sévère, alimentaire et médicamenteux.

Chacun suivra, à ce sujet, la conduite qu'il tient avec les malades tuberculeux, mais nous n'avons pas voulu terminer sans insister sur ce point, car nous sommes persuadés que quelques malades, guéries chirurgicalement, n'ont pas tiré de l'intervention tout le bénéfice qu'elles étaient en droit d'en attendre, par suite de cette absence de traitement consécutif.

Enfin, au congrès de Rome, J. Veit faisait remarquer, avec juste raison, que les femmes atteintes de tuberculose génito-péritonéale devraient bénéficier de l'admission dans les sanatoria et asiles spéciaux, au même titre que les autres tuberculeux curables. On obtiendrait ainsi, certainement, davantage de guérisons durables après un traitement chirurgical approprié.

CONCLUSIONS

1° Les lésions génitales sont, chez la femme, la cause la plus fréquente de la péritonite tuberculeuse, et, en particulier, de cette forme décrite à tort sous le nom d'ascite idiopathique des jeunes filles.

2° La tuberculose de la trompe, du fonds de l'utérus et celle de l'ovaire, qui est rare, s'accompagnent toujours de tuberculose péritonéale. Cette réaction péritonéale se produit de plusieurs façons, qui peuvent, en pratique, se ramener à deux : La péritonite ascitique, libre ou enkystée, et la pelvipéritonite.

3° L'infection des organes génitaux, est souvent secondaire, mais elle peut être primitive, et reconnaître, dans quelques cas, comme cause, le coït avec un tuberculeux.

4° La tuberculose génito-péritonéale s'accompagne de symptômes, et, en particulier, de troubles menstruels précoces et de poussées de pelvipéritonite fréquentes et longues qui permettent, très souvent, de faire le diagnostic.

5° L'hystérectomie vaginale est une bonne opé-

ration dans les cas simples avec lésions bilatérales des annexes.

La laparotomie doit être pratiquée :

a) Dans les cas compliqués, où elle permet de faire des ablations plus complètes et plus sûres que l'hystérectomie.

b) Dans le cas d'ascite, dite essentielle, car elle permet d'aller enlever les annexes au cas où elles sont malades.

6° Le traitement médical consécutif est important.

Vu :

Le Président :

TILLAUD.

Vu :

Le Doyen :

DEBOVE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

OBSERVATION XXXI

In Derville, thèse, page 67

*Tuberculose génitale. Plus tard, tuberculose pulmonaire.
Confrontation*

A...., 23 ans. Pas d'antécédents. Réglée à 16 ans; toujours bien jusqu'à l'an dernier. Irrégularité, suspension, puis douleurs du ventre, puis pertes blanches.

Cette année elle tousse, maigrit, sueurs nocturnes.

Actuellement. Tuberculose au début des deux sommets. Utérus gros douloureux. Empâtement du cul-de-sac droit. Bacilles dans les sécrétions. Depuis trois ans cette femme vit avec un homme de 33 ans qui a eu, à 25 ans, une orchite restée fistuleuse depuis. De temps en temps, écoulement uréthral. Noyaux indurés à la tête de l'épididyme.

OBSERVATION XXXII

In Derville, thèse, page 62

Tuberculose génitale. Confrontation.

19 ans, pas d'antécédents. Réglée à 15 ans toujours bien. Depuis un an 1/2, leucorrhée abondante. Il y a trois mois avortement. Sueurs nocturnes. Rien aux poumons. Corps utérin gros; du col s'écoule un liquide purulent dans lequel sont des bacilles.

Elle vit avec un jeune homme bien portant, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, mais ayant deux noyaux indurés dans l'épididyme droit et, de temps en temps un peu d'écoulement uréthral.

OBSERVATION XXXIII

In Derville, thèse, page 80

*Tuberculose génitale; tuberculose péritonéo-pleuro-pulmonaire.
Confrontation*

D.... 27 ans, pas d'antécédents. Mariée depuis 9 ans ; mari toussé, maigrit ; une petite fille vivante, une autre morte. Il y a trois semaines, elle commence à tousser. Régulée à 10 ans 1/2, toujours bien réglée. Au mois de décembre dernier, seulement deux jours de règles. Depuis trois mois, leucorrhée.

Actuellement fièvre, sueurs, amaigrissement. Au sommet droit, submatité, respiration saccadée et rude ; au sommet gauche, petits frottements, à la base gauche petits frottements.

Au toucher, col ramolli avec des granulations. Le mari, il y a trois ans, a eu un écoulement avec orchite, sans raison. Depuis il toussé. Sommets douteux, noyaux indurés dans l'épididyme. Derville ajoute que la voie d'entrée a été génitale et que les rapports sexuels en ont été sûrement la cause. La malade est morte de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XXXIV

(In Derville, page 73)

Tuberculose génitale. — Tuberculose péritonéo-pleuro-pulmonaire et utérine. — Confrontation

30 ans. Pas d'antécédents ; réglée à 19 ans, mariée à 20 ans, pas d'enfants, ni de fausse couche. Il y a cinq mois, retard dans les règles, puis leucorrhée abondante. Depuis six semaines elle toussé.

A l'entrée. Symptômes de tuberculose au début, aux deux

sommets. Frottements pleuraux à la base gauche. Ventre gros et douloureux; col ramolli, utérus gros et douloureux. Cul-de-sac gauche émpâté. Bacilles dans les sécrétions utérines. Le mari, 55 ans, frêle, a eu sans raison de petits écoulements, puis, sans cause, une orchite. Il y a deux ans nouvel écoulement. Il y a six mois, ulcération de la verge. Noyaux dans l'épididyme gauche. Tête de l'épididyme droit, bosselée.

Donc, tuberculose génitale du mari, et contagion par le coït.

OBSERVATION XXXV

HEGAR, diagnostic et traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme. — Stuttgart, 1886

(In thèse Derville).

(Résumée)

A..., 33 ans. Parents bien portants. Mari en bonne santé. Trois enfants sains, d'autres enfants morts en bas âge de différentes maladies (diphthérie, pneumonie).

Bien portante dans sa jeunesse. Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement. Règles peu abondantes pendant deux ou trois jours, revenant toutes les quatre semaines sans douleurs. Mariée à 21 ans : 8 accouchements jusqu'à 32 ans. La sixième grossesse se termine prématurément; dernier accouchement en octobre 1884, se termine par une extraction manuelle du placenta. Retour de couches normal, 6 semaines plus tard, en même temps douleurs dans le ventre. En décembre 1884, elle tombe malade subitement; température 40°. La malade garde le lit deux mois; grande faiblesse. Les règles se suspendent pendant trois mois, ensuite elles réapparaissent, mais avec douleurs. Au printemps 1885, toux fréquente avec expectoration. Pendant l'été, elle garde fréquemment le lit. Août 1885, augmentation graduelle du ventre. Douleurs, non seulement

pendant les règles, mais dans l'intervalle. Écoulement jaunâtre légèrement fétide; sensation de tension dans le ventre. Fréquentes sueurs nocturnes. Janvier 1886, aspect de femme mal nourrie. Diminution légère de la sonorité au sommet, mais murmure vésiculaire normal. Pas de pleurésie, ni toux, ni expectoration. Ventre augmenté de volume, avec tous les signes d'un épanchement liquide libre. Rien aux organes génitaux. Il s'écoule de l'utérus un liquide jaunâtre peu abondant. Curettage de l'utérus, recherche des bacilles négative. Urines troubles contenant du pus, des cellules épithéliales et du sang.

23 janvier 1886. Incision sous ombilicale. On enlève 5 ou 6 litres d'un liquide trouble, légèrement hémorrhagique, ne contenant pas de bacilles. Tout le péritoine pariétal et viscéral est criblé de tubercules miliaires. Le doigt introduit dans la plaie rencontre la vessie, l'utérus, les trompes et les ovaires un peu augmentés de volume et rugueux à leur surface.

Suites simples, la malade quitte la clinique en bon état.

4 mai 1886. L'exsudat ne s'est pas reproduit, mais il y a des signes de phtisie pulmonaire évidents.

Hegar ajoute : Cette femme n'avait pas d'antécédents. A son 8^e accouchement, l'extraction manuelle du placenta est nécessaire, et, quelque temps après, on voit se produire, se développer une tuberculose génitale. Nous ne savons pas quel était l'état de santé du médecin, ou s'il avait été en contact avec des malades tuberculeux. La grande fréquence de cette affection rend la chose très possible.

Remarquez la marche de l'infection qui frappe successivement les organes génitaux, le péritoine, la plèvre et, beaucoup plus tard, les pounmons.

OBSERVATION XXXVI

(Thèse de Braye. Paris 1901-1902)

*Tuberculose primitive des trompes, du corps et du col
de l'utérus et du vagin,
consécutive à un avortement. — Tuberculose pulmonaire
consécutive.*

Vingt-quatre ans. Entre le 12 février 1889, service de M. le professeur Cornil.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à treize ans.

Octobre 1888, fausse couche de quatre mois. Hémorrhagies, fièvre, douleurs ; reste trois mois avec des pertes blanches. Quinze jours après, amaigrissement, fièvre, douleurs, ventre gros.

12 mars, craquements aux deux sommets.

13 avril, mort.

Autopsie. — Adhérence des intestins, de l'épiploon. Organes du petit bassin agglutinés ensemble. Trompe gauche coiffée l'utérus, pleine de pus caséeux. Trompe droite, sinueuse, contient du pus caséeux. Chaque frange présente l'aspect d'une végétation caséeuse. Ovaire caséifié.

Surface intérieure de l'utérus recouvert de bourgeons, développés surtout au point d'insertion du placenta ; sur ces bourgeons, granulations et masses caséeuses.

Sur la portion utérine du col, bourgeons plus récents. Ulcération sur la portion vaginale du col.

OBSERVATION XXXVII

(In thèse Gorovitz, page 66)

(John B. STOVER. *American. Journ. Of Obstet.* 1898. Vol. 38)

*Grossesse accompagnée de tuberculose primitive des
trompes de Fallope*

M^{me} A. J..., âgée de trente et un ans, mariée depuis huit

ans. Père mort de la tuberculose. La malade jouit d'une bonne santé jusqu'à il y a quelques années, où elle commença à avoir des douleurs aux époques menstruelles. Pas de leucorrhée; les derniers temps, douleurs aiguës dans le bas-ventre, surtout localisées à gauche. Nausées, vomissements, un peu de tympanisme. Pendant cinq semaines, quatre fois métrorrhagie, durant deux ou trois jours. A ce moment, exagération des symptômes. Perte de caillots dans les intervalles, écoulement d'eau, tantôt clair brunâtre, tantôt rouge et épais.

Examen. — Utérus augmenté de volume, en situation normale, immobile. Les deux trompes épaissies et adhérentes; on n'arrive pas à trouver, à différencier la trompe gauche de l'ovaire, mais on sent une grande tumeur oblongue haut située, faisant corps avec la corne utérine. Congestion, aspect violacé des organes génitaux.

La malade accuse des douleurs dans les seins. Elle se croit enceinte.

Diagnostic. — Grossesse ectopique.

Laparotomie, 19 mars 1893. — Une grande masse épiploïque, adhérente à la paroi abdominale antérieure, au fond de l'utérus et à la vessie, nécessite un décollement très soigné.

La trompe et l'ovaire gauche forment une masse volumineuse, adhérente partout. Entre l'ostium abdominal de la trompe et l'ovaire, on trouve une poche arrondie, de deux centimètres de diamètre, ayant une enveloppe qui semble se continuer avec l'ovaire et avec la surface de l'orifice tubaire. On soulève légèrement cette poche et, au-dessous, dans le fond du bassin, on trouve un caillot sanguin, semi-solide, en partie organisé, faisant l'impression d'une poche gravide. A droite, trompe et ovaire augmentés de volume.

Double salpingo-ovariotomie.

Drainage, suture.

Examen anatomo-pathologique de la pièce. — Le contenu de la poche présente un caillot organisé; pas de trace de l'em-

bryon. Cependant, sa position entre le pavillon et l'ovaire, fait penser à une grossesse tubo-ovarienne.

L'examen microscopique des trompes montre des lésions anciennes de tuberculose, cellules embryonnaires, cellules géantes, nombreux foyers de caséification. Tubercules miliaires dans la couche musculaire ; par places, une dégénérescence calcaire, tout près d'un foyer de tuberculose récente, montre bien qu'il s'agit là d'un processus aigu, greffé sur une tuberculose tubaire latente.

OBSERVATION XXXVIII

WARTHIN, *Médical News*, sept. 1896.)

Un cas de grossesse ectopique coexistant avec la tuberculose des trompes, du placenta et du fœtus

(Thèse Gorovitz, page 65)

Femme de trente-huit ans, mariée depuis treize ans. Pas d'accouchements normaux ni de fausse couche. Bien réglée jusqu'en août 1895, où la menstruation s'arrête.

Bien portante d'août jusqu'en octobre, où elle fut prise d'une douleur vive du côté gauche, avec tendance au collapsus ; deux jours après, nouvelle attaque plus légère ; troisième attaque, six jours après, avec douleurs violentes ; obligée de prendre le lit et de la morphine. Il se déclare une péritonite généralisée, on pense à une occlusion intestinale. Elle guérit vite de cette crise ; un mois après, nouvelle crise, douleurs dans le bas-ventre, en même temps qu'apparition d'un écoulement brun foncé, contenant des masses caséuses, du pus épais, d'odeur fétide, et l'on y constate, en plus, un corps ayant l'apparence d'une petite poche. Les douleurs continuent, la malade ne pouvant plus garder aucune position. Elle revit ses règles en février et mars 1896.

Entrée à l'hôpital le 26 mars 1896. Etat général satisfaisant, pas de troubles digestifs, rien du côté du cœur et des pou-

mons, pas de température dans la semaine avant l'opération, aucun symptôme pouvant faire soupçonner la tuberculose. A l'examen, le 27 mars, on constate une douleur à gauche dans l'abdomen avec un peu d'empâtement. Utérus rétrofléchi, immobile, douloureux.

A gauche de l'utérus, on constate une masse ovale, irrégulière et sensible. Légère quantité de pus dans les urines. Pas de bacilles tuberculeux dans les sécrétions vaginales.

Diagnostic. — *Grossesse extra utérine.* — Opération le 3 avril. Vascularisation extrême des organes. Adhérences de l'utérus, des annexes et des intestins. Trompe droite dilatée, tortueuse; ovaire kystique. Ovaire gauche en situation normale, augmenté de volume, kystique. Trompe gauche également dilatée et épaissie. Extirpation des annexes : on constate, à l'extrémité, une masse hémorragique du volume d'une noix. Derrière la trompe droite, on trouve le kyste fœtal, qui fut extrait avec son contenu.

L'examen des pièces montre des lésions nettes de tuberculose dans l'ovaire droit, avec présence de bacilles. Mêmes lésions à gauche, mais moins prononcées. L'examen du kyste fœtal, montre le cordon ombilical couvert de nodules contenant des masses caséeuses.

Le foie, la rate, les reins étaient nécrosés, présentant aussi des masses caséeuses. L'examen microscopique des fragments placentaires fait constater des lésions de tuberculose avec cellules géantes. La malade succomba de péritonite généralisée. Pas d'autopsie.

Pour l'auteur, c'était la tuberculose des trompes qui était l'agent étiologique de la grossesse ectopique, l'obstruction de la trompe ayant empêché l'ovule de progresser.

OBSERVATION XXXIX

In thèse Brouardel, page 44 (Résumée)

Tuberculisation aiguë générale. Envahissement des organes

génital et de l'insertion du placenta deux mois après l'accouchement. Observation communiquée par M. Cornil, interne de M. Hérard, hôpital Lariboisière.

L... Céleste, fleuriste, 22 ans, entre dans le service de M. Hérard, en mars 1864. Cette femme est accouchée quelques jours avant, à six mois de grossesse d'un enfant qui n'a vécu qu'un jour. La malade porte au cou des cicatrices anciennes de scrofule.

Autopsie faite le 19 mai 1864.

Le péritoine est partout couvert de granulations tuberculeuses, surtout sur l'intestin grêle; au voisinage du cœcum et dans le petit bassin, il y a des adhérences du cœcum avec les anses de l'intestin grêle, qui en sont voisines. La cavité du petit bassin a presque disparu, le bord supérieur de l'utérus est relié au cœcum par un cul-de-sac à peine marqué. Toute la surface péritonéale est couverte de granulations tuberculeuses, généralement agminées, que l'on voit sur la trompe et la surface de l'utérus en particulier.

Du côté gauche, la trompe et l'ovaire sont bien séparés, tandis qu'à droite existe une tumeur recouverte par ce plancher péritonéal-recto-utérin, et on ne distingue à première vue que la trompe grosse, présentant de nombreuses sinuosités. Le pavillon de la trompe gauche présente des granulations tuberculeuses.

Le globe utérin a ses parois épaisses, il est augmenté de volume, il a une longueur de huit centimètres et demi.

A la coupe, l'utérus présente son col petit, mais congestionné; dans son corps on voit, à la partie supéro-latérale gauche une sorte de champignon couvert de granulations blanchâtres ou jaunâtres; il a le volume d'une petite noix aplatie; il se continue avec le tissu musculaire utérin. Sur une coupe de ce bourgeon, dont la partie inférieure présente, à l'œil nu, le vestige de villosités choriales, on a une substance fondamentale semi-transparente, grisâtre, sur laquelle tranchent des granulations miliaires blanches ou jaunâtres; une

coupe mince de cette surface de section, montre au microscope la configuration et les éléments caractéristiques de la granulation tuberculeuse (cytoblastions), petits noyaux finement granuleux, etc.. Sur la surface interne du corps on voit, en outre, mais surtout au niveau de l'ouverture de la trompe droite, ces mêmes granulations tuberculeuses. Dans la trompe gauche, on trouve un peu de mucosité purulente et quelques granulations tuberculeuses. Dans la trompe droite, dilatée, sinueuse, on trouve la surface interne, caséeuse; elle contient dans sa cavité une substance semi-liquide, blanchâtre, caséeuse, qui n'est autre chose que des corpuscules de dégénération graisseuse. Rien dans les ovaires, leur surface présente quelques granulations tuberculeuses.

OBSERVATION XXXX (de madame BOIVIN)

In thèse BROUARDEL, page 67

Avortement à cinq mois de grossesse, à la suite d'une application de sangsues, nécessitée par une affection aiguë de poitrine. Morte le dixième jour de l'invasion pulmonaire aiguë. Pélvopéritonite tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire. Collection purulente dans le grand lobe du poumon droit.

Madame K... veuve, âgée de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, de haute stature, d'un embonpoint médiocre, était accouchée pour la première fois à 21 ans, à l'aide du forceps après un travail de soixante heures. Les suites de couches furent compliquées d'une péripneumonie qui retint la malade au lit pendant trois mois; depuis elle eut deux autres couches à terme et heureuses.

Février 1826, la malade accoucha d'un embryon de cinq mois, morte le septième jour. Le péritoine est généralement plus épais qu'à l'état sain, épanchement d'une petite quantité de sérosité jaunâtre. Les ligaments larges, les trompes, les ovaires sont groupés et adhérents sur la face postérieure de

l'utérus. Ces adhérences étaient si intimes qu'on ne put les détruire qu'au moyen du scalpel. Dans l'épaisseur des tissus ainsi groupés, on remarquait de nouveaux tubercules depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois, plus ou moins solides, et analogues à ceux du côté gauche du poulmon.

OBSERVATION XLI

GLOCKNER. Leipzig, 1901, Beitr. zur. Geburst. und. gynec.
Vol. 5

Nullipare, 29 ans. Hystérectomie vaginale pour tuberculose de la portion cervicale de l'utérus. Le mari de la malade a le testicule et l'épididyme droits tuberculeux. Glockner croit à une infection tuberculeuse du mari qui a d'abord infecté le col utérin par le coït.

OBSERVATION XLII

UHLAND, Thèse Tubingen, 1880
(Traduction personnelle)

20 ans, famille tuberculeuse ; jusqu'ici bien portante. Réglée à 15 ans, toujours bien. Il y a sept semaines, avortement de 3 mois ; à la suite, elle perdit pendant trois semaines. Depuis, écoulement jaunâtre, augmentation du ventre.

Etat. Jeune fille en bonne santé, ventre gros. Ascite, utérus gros, antifléchi, mobile. Bonne santé par ailleurs ; la malade est renvoyée chez elle. Le ventre augmente, elle revient deux mois après.

Etat. Jeune fille pâle, anémique, ventre très saillant, fluctuation très nette, matité dans les flancs. Tout le petit bassin est rempli par une tumeur ronde, dure, grosse comme une tête d'enfant. Douleur au toucher.

Ponction, 3 litres de liquide jaune brun, d'odeur fétide. Reproduction de l'exsudat : nouvelle ponction. Mort.

Autopsie. Paroi adhérente aux intestins jusqu'à l'ombilic. Au-dessous, cavité formée par les intestins, contenant du liquide, à parois recouvertes par un enduit fibrineux. Le revêtement de l'intestin est recouvert d'un enduit caséeux. Pleurésie bilatérale. La trompe gauche dilatée, recouverte de granulations, la trompe droite de même, mais renfermant plus de matière caséuse. Granulations sur le col utérin. Granulations sur le péritoine du fond de l'utérus.

OBSERVATION XLIII

Uhland, id.

(Traduction personnelle)

47 ans, malade depuis 4 mois avec fièvre. Respiration soufflante aux deux sommets. Ponction dans le ventre montrant un liquide purulent.

Autopsie. L'intestin est recouvert d'une tuberculose miliaire ; trompes très volumineuses, ovaire gauche adhérent. Utérus recouvert d'une couche dense de tubercules. Pus dans les trompes. La trompe gauche, plus volumineuse, forme une capacité du volume d'une noix renfermant du pus caséeux.

OBSERVATION XLIV

Paul Mas, Archiv. f. gyn. 1896, Bd. 54, page 359

In th.. GOROVITZ, page 108

Autopsie d'une enfant d'un an. — Tuberculose de l'utérus et des trompes. Ascite. Tuberculose miliaire du péritoine. Tuberculose généralisée.

OBSERVATION XLV

MOSSLER. Th. Breslau, 1883, In th. GOROVITZ p. 106

*Tuberculose des organes génitaux de la femme
dans la première enfance*

Marthe F., cinq ans, angine et laryngite diphtériques légères. Pleurésie, tuberculose double. Pneumonie caséuse. Endométrite et salpingite tuberculeuses.

Il y avait du pus tuberculeux dans les trompes.

OBSERVATION XLVI

COUSTENSOUX. Société anatomique, 1897

*Péritonite tuberculeuse, consécutive à une double salpingite
chez une enfant d'un an*

La pièce présentée provient de l'autopsie d'une enfant d'un an, morte de péritonite tuberculeuse, dans le service de M. Netter. L'enfant était dans un état grave et succomba dix jours après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Ganglions trachéo-bronchiques caséux. Les poumons ne renfermaient que de rares granulations de date récente. Les plèvres saines.

Dans la cavité péritonéale, pleine d'un liquide séreux, le contraste était marqué par les altérations observées à la partie sus-ombilicale de la séreuse et celle du péritoine pelvien.

A la partie supérieure, en effet, on ne trouvait qu'un semis de granulations grises, tandis qu'au niveau du bassin, on voyait de gros nodules, manifestement plus avancés dans leur évolution, abondants surtout sur le feuillet pariétal et correspondant, pour la plupart, aux régions voisines des organes génitaux.

Les trompes des deux côtés, en effet, étaient le siège de lésions anciennes, extrêmement dilatées et flexueuses, elles renfermaient un contenu caséeux.

Ovaires et utérus sains ; il en était de même de l'intestin et des ganglions mésentériques.

Conclusions. — 1° La tuberculose génitale chez une enfant aussi jeune est rare.

2° On sait que la péritonite tuberculeuse peut, chez l'enfant, comme chez l'adulte, être consécutive à la tuberculose génitale.

OBSERVATION XLVII

LAUWERS. Société belge de gyn. et d'obs. 1899

In thèse GOROVITZ, page 96

Salpingite tuberculeuse et péritonite

Laparotomie pour tuberculose péritonéale. — Malade toujours bien réglée, état général bon, pas de signes de tuberculose pulmonaire. Il y a cinq ans, l'abdomen augmente soudainement de volume, et, par l'aspiration, on retire un liquide clair. Deux semaines avant l'opération, il augmente de volume de nouveau. On extirpe un gros pyosalpinx tuberculeux de chaque côté. Drainage, l'utérus est normal.

OBSERVATION XLVIII

BRÖSE. Zeits. f. Geburts XXXVI, page 180. 1897

(Traduction personnelle)

Hystérectomie vaginale pour péritonite chronique. — La malade avait eu 5 poussées de pelvi-péritonite. Une avait duré 5 mois. Depuis 1 an, elle était incapable de travailler. Pas de diagnostic. Sous chloroforme, on trouve une tumeur en avant de l'utérus ressemblant à un fibrome sous-péritonéal. Incision exploratrice. On tombe dans une poche de péritonite

séro-sanguine. Ne pouvant pas achever par en haut, on effondre le cul-de-sac de Douglas, et, comme tout est adhérent, on pratique l'hystérectomie vaginale par la méthode de Doyen; les adhérences sont détruites avec les ciseaux et les doigts. Le ligament infundibulopelvien se déchire un peu à gauche. Les annexes droites sont plus faciles à enlever. L'hémorrhagie gauche est difficile à arrêter. La malade n'a jamais eu de pertes, mais seulement beaucoup de leucorrhée.

OBSERVATION XLVIX

FRERICHS, thèse MARBURG, 1882

(Traduction personnelle)

Fr..., 45 ans. Pleurésie; péribronchite caséreuse récente dans les lobes supérieurs gauches. Péritonite adhésive chronique tuberculeuse généralisée. Hymen intact. Les intestins sont adhérents ensemble, réunis par des fausses membranes avec des noyaux caséux et des plaques. De même, nombreuses granulations sur la séreuse épaissie de l'intestin; l'intestin est adhérent dans le petit bassin avec la paroi postérieure de l'utérus et des trompes. La plupart des adhérences sont formées de substance caséuse. L'utérus augmenté de volume, mou, grisâtre. Quelques tubercules isolés dans sa paroi. Les trompes, grosses comme le doigt, enroulées, oblitérées à leur extrémité abdominale. Dans la cavité, matière caséuse. Sur une coupe, on voit partout la muqueuse caséuse, paroi très épaissie. Lumière filiforme, ovaire petit, fibreux. La muqueuse de l'utérus présente à la coupe la même altération que la trompe.

OBSERVATION L

HEIBERG, Internat. BEITRAGE ZUR WISSENSCH

(Traduction personnelle)

22 ans. Catarrhe bronchique à gauche. Liquide dans la cavité péritonéale. Diarrhée. Mort dans le délire.

Autopsie. — Ligaments larges ; trompes et ovaires repliés en arrière, très adhérents à la face postérieure de l'utérus par des adhérences tuberculeuses.

Les deux trompes, surtout la gauche, épaisses comme le pouce, infiltrées de matière caséuse, en partie ramollies. Les deux ovaires, gros comme une noix, en partie caséux, en partie infiltrés de tubercules miliaires.

Tuberculose du poumon. Tuberculose péritonéale diffuse.

OBSERVATION LI

HEIBERG, loco-citato

(Traduction personnelle)

25 ans, famille bien portante, entre à l'hôpital pour fièvre typhoïde. Plus tard, vomissements, douleur dans le bas ventre.

Autopsie. — Utérus relativement petit, avec trompes sinueuses du volume du pouce ; recourbées en arrière, unies à l'intestin et aux parois du petit bassin par des masses informes. Les trompes, surtout la gauche, dilatées, avec des parois épaisses et infiltrées de matières caséuses. Dans l'ovaire droit, un kyste, mais pas de tubercule. Rien de tuberculeux dans tout le reste de l'organisme ; sauf une péritonite tuberculeuse disséminée.

OBSERVATION LII

HOWARD. — *Améric. med.*, vol. 111, n° 19, 10 mai 1902.

Salpingite tuberculeuse avec bacilles de Koch ; 21 ans, pertes irrégulières. Douleurs vagues. Hystérectomie, appendicectomie, résection d'une partie de l'épiploon. Trompe droite purulente. Sur le péritoine du petit bassin granulations surtout sur la trompe. Trompe gauche ratatinée.

Examen histologique. — Cellules géantes. Cultures et inoculations positives.

OBSERVATION LIII

KNAGGS. — Brit. med. journ., 1887.

16 ans. Péritonite tuberculeuse, enkystée. Diagnostic : kyste de l'ovaire. Incision. Lavage : tuberculose disséminée du péritoine.

Plus tard, mort par tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION LIV

KRAUS. — Mon. f. Geburt. und gyn. Vol XV.

30 ans, nullipare. — Salpingo-ovariotomie droite.

L'ovaire n'est pas tuberculeux. L'extrémité abdominale de la trompe oblitérée est tuberculeuse. Granulations péritonéales. Le point de départ est l'appendice qui est nettement tuberculeux.

OBSERVATION LV

SECOND. — *Annales de Gynécologie*, mars 1898.

Observation XIV. — Pyosalpingite double tuberculeuse, hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Morte, le troisième jour, de péritonite.

Femme de 24 ans, très amaigrie et affaiblie, présentant aux deux sommets des signes de tuberculose au début. Les annexes étaient très adhérentes et la trompe gauche, en particulier, fut difficile à extirper. La malade est probablement morte de péritonite par perforation. L'utérus lui-même présentait deux foyers tuberculeux dans son parenchyme.

OBSERVATION LVI

BRACHET. — Thèse de Lyon, 1898.

V. B. 28 ans. Entrée le 9 février 1891. Mère morte probablement phtisique. Père en bonne santé. Une sœur morte en bas-âge. A l'établissement des règles, elle a éprouvé les premières manifestations de la tuberculose. Quand la menstruation a été établie, la plupart des troubles ont disparu. Depuis, la malade souffre de l'estomac. Appétit bon, digestion mauvaise. Il y a six mois, elle constata que son ventre augmentait, cependant, elle souffrait peu, sauf dans la marche où la douleur était plus marquée.

Janvier, la malade a une pleurésie. M. Condamin constate un léger degré de salpingite des deux côtés, et des signes de péritonite tuberculeuse. La laparotomie est différée jusqu'à la guérison de la pleurésie.

12 Février 1895. La pleurésie est guérie ; l'état général est très mauvais. Le ventre est volumineux. La malade souffre beaucoup dans la région hypogastrique. Petits noyaux sur la région de l'hypogastre. Au toucher, on perçoit en arrière et de chaque côté de l'utérus, de grosses masses empâtées, douloureuses, qui refoulent l'utérus en avant.

14 Février. Malgré un très mauvais état général, la malade est endormie. M. Condamin pratique une ponction, puis débridement du cul-de-sac postérieur. Libération, avec le doigt, des annexes des deux côtés qui sont grosses, remplies de petits abcès et de semis tuberculeux et qui sont enlevées. Tous ces organes sont couverts de follicules tuberculeux. Après l'ablation des annexes, on ouvre une poche qui laisse écouler une certaine quantité de sérosité et qui vide complètement l'ascite.

Suites : L'orifice de la plaie est maintenu béant. Les douleurs ont diminué. La malade rentre chez elle améliorée.

Juillet 1896. La malade est transformée. Ventre souple. Plus de masses dures dans le petit bassin. Toutes les fonctions se font bien. Les règles ne sont pas revenues.

1898. La malade va bien.

OBSERVATION LVII

POLAILLON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1890, p. 493.

41 ans, de souche tuberculeuse, pas d'enfant.

Entre pour douleurs abdominales durant depuis 8 mois. Amaigrissement. Aspect de phthisique. Ovariectomie le 21 janvier pour kyste de l'ovaire. Il s'agit d'une salpingite tuberculeuse très grosse. Nombreuses granulations sur le péritoine. Suites simples. La malade guérit.

OBSERVATION LVIII

TALAMON. — *Annales de gyn.* 1878, p. 416.

6 ans ; morte de méningite tuberculeuse.

Autopsie : Adhérences intestinales multiples, collection purulente rétro-utérine.

Utérus tuberculeux. Ovaires transformés en masses caséeuses jaunâtres. Trompes oblitérées. L'examen histologique montre qu'il s'agit de tuberculose.

OBSERVATION LIX

TERRILLON. — CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1889.

Observation 6. — Malade présentant les symptômes d'une salpingite ordinaire. Laparotomie. On enlève des trompes volumineuses qui, ainsi que le péritoine, sont garnies de granulations tuberculeuses. Examen bactériologique positif.

OBSERVATION LX

Due à M. le docteur BOUILLY

(Inédite).

Eugénie..., 17 ans, journalière, entrée le 26 Juillet 1895.
Pavillon Velpeau, lit n° 14.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Réglée à 14 ans, toujours bien portante.

Il y a trois mois, retard de règles de huit jours, puis perte de sang moyenne, mais, durant une semaine, accompagnée de violentes douleurs. Depuis cette époque, elle n'a plus de règles ; son ventre a grossi, quelques poussées fébriles vespérales. Vives douleurs dans tout l'abdomen ; malade faible, anémiée, constipée. Temp. 38°6.

Au toucher, col de l'utérus abaissé et collé contre la symphyse, gros, entr'ouvert. Dans le cul-de-sac postérieur, bombe une sorte de tumeur régulière, fluctuante, avec des points de consistance inégale. Cette tumeur se relève en croissant par ses deux extrémités, vers la face postérieure des ligaments larges.

Par le palper et le toucher, on ne sent pas le fond de l'utérus, mais on voit que le col est immobile ; on suppose donc que le corps est fixé par des adhérences.

La palpation de l'abdomen révèle un empatement diffus dans la fosse iliaque gauche surtout.

Diagnostic : Hématocèle rétro-utérine.

27 Juillet : M. Demoulin fait une incision du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule quelques centimètres cubes d'un liquide purulent blanc comme du lait, puis un litre de liquide séreux, contenu dans une poche à paroi lisse. Drainage.

Abaissement de la température

29 Juillet : la température s'élève à 40°.

M. Bouilly agrandit l'orifice par lequel passait le drain. On délimite, dans la fosse iliaque, une tumeur mate, dure,

empâtée, grosse comme les deux poings et dépassant la ligne blanche vers la droite, à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Il porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse à point de départ génital.

3 Août, M. Potherat fait une laparotomie.

Evacuation d'un litre 1/2 de liquide ascitique.

On trouve un paquet intestinal recouvert de fausses membranes. Puis, le petit bassin est transformé en un seul bloc au milieu duquel, très péniblement, on décolle le rectum de la poche qui était drainée. Par cette poche on établit un drainage vagino-abdominal.

L'écoulement persiste moins fétide.

Depuis le 4 Août, la malade cesse d'avoir le délire. Grandes oscillations, amaigrissement rapide.

Mort le 11 Août.

OBSERVATION LXI

BEGOUIN

Société d'obstétrique, de gyn. et de péd.

(Bordeaux, 14 Novembre 1899)

Femme actuellement en bonne santé, a vu se développer une tumeur dans son bas-ventre.

Diagnostic : fibrôme. Après examen, je diagnostiquai péritonite tuberculeuse avec localisation kystique rétro-utérine.

Décembre 1898 : hystérectomie vaginale (M. Demons).

Les annexes étaient parsemées de semis tuberculeux, mais elles adhéraient tellement à l'intestin qu'il fallut renoncer à l'extirpation. Suites bonnes.

M. Bégouin signale que souvent il a eu avec des péritonites tuberculeuses, la sensation de fibrôme.

OBSERVATION LXII

In thèse de PIC, n° 58

48 ans. Tuberculose des organes génitaux. Tumeur dans

le cul-de-sac de Douglas. Mort cinq semaines après de tuberculose miliaire.

OBSERVATION LXIII

In thèse de PIC, n° 59

47 ans, métrorrhagies fréquentes; tumeur du volume d'une tête d'enfant. Laparotomie : Tuberculose du péritoine avec un peu d'ascite libre. Tuberculose des ovaires et des trompes : ablation, déchirure de l'intestin. Mort par tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION LXIV

GEHLE

Thèse Heidelberg. 1881

(Traduction personnelle)

48 ans, bien portante, sauf chlorotique dans sa jeunesse. Régée à 17 ans, toujours bien. Dix enfants, grossesses, accouchements normaux. Dans les derniers temps, règles irrégulières, supprimées depuis deux mois.

En même temps, le ventre augmente et devient douloureux.

3 Juin 1881 : Pouls petit, fréquent, ballonnement du ventre mou et élastique; sensation de flot, matité fixe dans les flancs. Poumons sains, tumeur empâtée dans le Douglas. Tumeur ferme dans le cul-de-sac gauche. Diagnostic : Péritonite enkystée avec un peu d'exsudat libre.

Opération, incision médiane, trois litres de liquide trouble enfermé dans une cavité formée par l'intestin, en arrière. La trompe droite bosselée, grosse, avec un contenu caséux. Ablation de la trompe droite, c'est elle qu'on sentait dans le Douglas. Mort sept jours plus tard. On a constaté de la diarrhée, de la fièvre, des râles crépitants dans les deux poumons.

Autopsie. — Endométrite caséeuse, salpingite droite. Tuberculose miliaire du péritoine.

Péritonite purulenté post-opératoire.

Tuberculose aiguë des deux poumons.

Dans la muqueuse de la trompe gauche, nombreuses cellules géantes.

OBSERVATION LXV

JEANNEL (de Toulouse). — Congrès de Toulouse,
24 septembre 1887

(In gaz. hebdomad. 25 mai 1888, page 327)

J. O..., vingt et un ans, domestique, célibataire, entrée le 2 mars à l'hôpital de Toulouse. Réglée à dix-sept ans, sans accidents. Enfant à dix-neuf ans. Couches faciles ; abcès au sein qui guérit assez lentement. Rien n'autorise à affirmer qu'elle ait eu, à un moment donné, une vaginite blennorrhagique, mais, fille de mœurs faciles et peu embarrassée dans le choix de ses amants.

Aucun renseignement sur ses antécédents. Aucun antécédent personnel. En juin 1886, sans cause, elle s'aperçoit qu'elle portait une petite tumeur sur le côté gauche. Peu à peu, cette tumeur augmente et devient très vite douloureuse, surtout par crises déterminant des crises de nerfs ; mais pas de vomissements. Fonctions digestives pas troublées. Après trois mois, le calme se rétablit, mais la tumeur continue à grossir.

Les règles ne se modifient nullement. Aucune perte. La malade ne maigrit pas, mais elle devient nerveuse et bizarre.

Actuellement. — Forte fille nerveuse, ne paraissant pas gravement atteinte. Elle porte une tumeur du volume d'un utérus gros de sept mois, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; médiane, régulière, ovoïde à petite extrémité plongeant dans le bassin. Elle est régulière, dure, élastique, offre une fluctuation obscure, mais positive ;

peu mobile, mate, environnée d'une zone sonore en haut et de chaque côté.

La peau n'est pas sillonnée de veines; ombilic normal.

Toucher vaginal. — Tumeur hémisphérique remplissant le fond du vagin, sans être enclavée dans le petit bassin; surtout saillante du côté gauche. Sous la tumeur est couché l'utérus. Le col regarde en arrière et à droite. La totalité de l'utérus est mobile sur la tumeur. Hystéromètre, 6^{mm}1/2.

Examen sous chloroforme. — 20 mars. On élimine la grossesse; la grossesse extra-utérine. On se décida pour un kyste ovarien, en faisant certaines réserves à cause de sa forme ovoïde, sa tension, son immobilité, son accollement intime à la paroi ombilicale.

Laparotomie. — 28 mars. Epiploon adhérent à la tumeur et à la paroi abdominale. La tumeur adhère à la paroi abdominale. On détache la tumeur; ponction du kyste, quatre litres blanc laiteux, semblable à du pus sans odeur. Le kyste est décortiqué peu à peu du ligament large droit, de l'utérus, du ligament large gauche. En faisant la toilette, on constate que l'intestin et la paroi abdominale sont couverts de granulations blanches ressemblant à des tubercules. Lavage à l'eau bouillie. A la suite, élévation de température le soir. Abscesses multiples, suppuration abondante, etc.

Bientôt, l'auscultation révèle l'envahissement des sommets. Décès le 1^{er} août 1887.

La tumeur n'est autre que la trompe dilatée en son extrémité. — Examen histologique. — Pas de muqueuse, pas de glandes reconnaissables. On trouve des bacilles dans la trompe.

OBSERVATION LXVI

In thèse BIAT, 1884.

Observation III. — Peu de renseignements. 52 ans, plusieurs ponctions.

Autopsie. — Les surfaces péritonéales présentent des granulations prédominant dans les parties inférieures vers les organes génitaux. L'utérus, les ovaires, les trompes sont tapissés de fausses membranes couvertes de granulations.

OBSERVATION LXVII

N° 5. *Thèse de CLAVIER, 1895.*

16 ans, pas d'antécédents héréditaires. Régée à 14 ans, règles peu abondantes. Morte avec des accidents typhoïdes.

Autopsie. — Péritoine couvert de granulations confluentes. Un peu d'ascite. Les organes génitaux sont sains, sauf les trompes qui sont remplies de matière caséuse.

OBSERVATION LXVIII

FAITOUT. — *Société anatomique, Juin 1897.*

Pièces de salpingo-ovarite tuberculeuse. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, entrée dans le service de M. Nélaton, pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Après évacuation, par la laparotomie, d'une assez grande quantité de liquide, M. Nélaton, suivant la pratique qu'il recommande, fit l'exploration du petit bassin, pour savoir si les ovaires ou les trompes n'étaient pas le point de départ de la tuberculose péritonéale. Les organes étaient parsemés de granulations, l'ovaire droit était complètement caséux. Les deux trompes contenaient en abondance du pus tuberculeux.

OBSERVATION LXIX

RICHELOT. — *Union médicale, 1895.*

Observation 4. — 17 ans, granulations confluentes sur le péritoine pariétal, discrètes sur les intestins. Trompe gauche

comme le petit doigt. Pus caséeux sortant par le pavillon. Castration de ce côté. Depuis, la jeune fille est bien portante.

OBSERVATION LXX

WYDER. *Corresp. blat. für schweizer Aerst.* N° 24, p. 759.

Décembre 1889, in *Hayem*. Vol. 36, p. 256.

22 ans, vierge. Les règles cessent en décembre 1888, puis, le ventre augmente peu à peu ; pas de douleur ; amaigrissement considérable. Circonférence du ventre : 93 centimètres. Fluctuation nette, la tumeur n'est pas limitée. Matité générale sauf au niveau des deux côlons. Le décubitus latéral ne modifie pas la matité.

Rien aux poumons. Dans les culs-de-sac postérieur et droit, on sent des bosselures dures non mobiles.

Laparotomie. — Grande quantité de liquide visqueux venant d'une cavité à parois épaisses, formée par le péritoine épaissi. Dans le fond, masses dures, bosselées, accolées à l'utérus. Marsupialisation. Plusieurs mois plus tard, fistule stercorale. La malade ne va cependant pas mal. Rien aux poumons.

OBSERVATION LXXI

Due à M. le D^r BOUILLY

Annexite tuberculeuse. Ascite. Granulations du bassin. Drainage. Guérison.

G. L..., 18 ans, domestique, entrée le 20 novembre 1896, au pavillon Velpeau, lit n° 23.

Pas d'antécédents tuberculeux. Règlée à 13 ans, irrégulièrement, et, chaque fois, pendant trois et quatre jours. N'a jamais eu de leucorrhée.

Au mois de juillet 1894, faiblesse générale survenue subitement, en même temps que la malade voit son ventre aug-

menté de volume. Douleurs intermittentes dans le bas-ventre.

5 novembre 1894, ponction, évacuation de six litres de liquide verdâtre. La malade n'est pas améliorée par cette ponction; les douleurs persistent, le ventre continue à grossir

Novembre 1895; douleurs plus violentes qui obligent la malade à garder le lit. Le médecin consulté l'adresse à M. Bouilly.

Entre dans le service le 20 novembre 1896.

Examen à l'entrée. — Bon état général, faciès coloré. La malade ne tousse pas. Pas trace d'ascite.

Le ventre est plat, souple, sans résistance. Rien à la palpation, le col est en bonne situation, et immédiatement au-dessus, dans le cul-de-sac antérieur, on sent une masse qui paraît trop grosse pour être le corps utérin. Peut-être quelque chose de développé au-devant de l'utérus et situé à droite et en dehors de la ligne médiane. Sur le côté gauche de cette masse on sent les annexes de ce côté, douloureuses, mais peu augmentées de volume; à droite, les annexes sont peu appréciables. Mictions douloureuses.

Diagnostic. — Ancienne poussée tuberculeuse, d'origine génitale, terminée par transformation fibreuse des annexes malades.

23 Novembre. Cathétérisme utérin: cinq centimètres; l'utérus est indépendant de la masse qui est située en avant de lui.

Opération le 24 Novembre. Laparotomie. Plan incliné. Une fois le péritoine incisé, on voit que les annexes gauches sont fortement augmentées de volume. Trompe dilatée, en cornemuse comme dans les cas de salpingo-ovarite suppurée; issue de pus dans le péritoine pendant la libération des adhérences. Une pince est appliquée sur le pavillon de la trompe. Ligature du pédicule à la soie. La face postérieure de l'utérus et les parois du bassin sont recouvertes d'un semis de granu-

lations ressemblant macroscopiquement aux productions tuberculeuses. Utérus petit. Drainage. Suture de la paroi.

Suites opératoires normales. Ablation des fils le 5 décembre.

La malade quitte l'hôpital le 16 janvier 1897, en bon état de santé.

Le 27 Mai 1897, c'est-à-dire quatre mois après sa sortie, la malade revient de nouveau dans le service; son état est excellent, mais elle a gardé, depuis son opération, une fistule au niveau de la partie déclive de la ligne de réunion.

Le trajet fistuleux est dilaté; on retire à plusieurs reprises des fils de soie. Mais la suppuration continue toujours; de plus, la malade accuse une douleur dans le côté droit.

Par le toucher vaginal, on arrive sur les annexes droites, légèrement augmentées de volume et douloureuses à la pression. On se décide à pratiquer l'hystérectomie dans le but d'enlever les annexes droites, probablement tuberculeuses, et d'amener par là même une oblitération de la fistule.

20 Juillet 1897. Hystérectomie vaginale suivant le procédé habituel. Au moment du mouvement de bascule de l'utérus, le pédicule des annexes gauches enlevées il y a un an, se trouve entraîné, tandis que du côté droit, on va à la recherche des annexes qui sont adhérentes, mais qu'on arrive à amener au dehors.

Pendant ces manœuvres, il s'écoule une quantité de pus qu'on peut évaluer à une cuillerée à café.

Suites opératoires simples. La fistule est lente à se cicatriser; la malade quitte l'hôpital le 24 août 1897, en bon état de santé; la fistule s'est fermée.

Examen de la pièce. — Utérus absolument sain, mesurant sept centimètres. Ovaire polykystique, gros comme une châtaigne, absolument indépendant de la trompe. Celle-ci, saine dans son tiers interne, est au contraire augmentée de volume et contournée sur elle-même dans ses deux tiers externes; elle est grosse comme le petit doigt.

Les franges du pavillon sont tuméfiées. A l'ouverture de la trompe on constate un léger épaissement de la paroi. La cavité ne contient pas de pus.

Depuis, la malade a écrit plusieurs fois à M. Bouilly, et à l'heure actuelle (quatre ans après l'intervention) la guérison persiste.

OBSERVATION LXXII

Due à M. BOUILLY

F. B... Vingt-six ans, entrée au pavillon Velpeau le 14 avril 1897.

Mère morte de méningite à quarante-neuf ans. N'a jamais été malade. Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, sans douleurs.

Mariée à 19 ans. Trois accouchements normaux.

A l'âge de 26 ans, la malade commence à ressentir des douleurs sourdes, constantes, au niveau de la région épigastrique, douleurs exagérées après les repas.

L'état général qui, jusqu'à ce moment, avait été excellent, commence à être moins bon ; l'appétit diminue et la malade maigrit d'une façon considérable. Depuis le mois de novembre 1896, elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume, au point d'égaler en quatre mois le volume du ventre d'une femme enceinte de huit à neuf mois.

La malade entre dans le service de M. Bouilly, cinq mois après le début de la maladie. Elle est très amaigrie, pâle, offrant une apparence tout à fait cachectique. Son ventre est distendu par une ascite considérable, facile à constater. Cependant, on constate de la sonorité dans le flanc gauche, où il semble y avoir une adhérence intestinale.

Par le toucher vaginal on trouve l'utérus fixe dans le petit bassin, sans qu'il soit possible de sentir les annexes. Il y a un peu de douleur abdominale.

Les règles sont régulières, plutôt exagérées.

Le diagnostic de tuberculose péritonéale, avec ascite d'origine annexielle, paraît le plus vraisemblable.

L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

Laparotomie le 24 avril 1897. L'incision du péritoine permet d'évacuer environ sept ou huit litres de liquide ascitique, limpide et citrin ; on constate sur tout le péritoine sous-ombilical un semis de granulations tuberculeuses, d'autant plus abondant qu'on se rapproche davantage des parties inférieures de l'abdomen. Tout le péritoine péri-utérin et péri-annexiel est couvert de granulations confluentes.

Les annexes sont très notamment augmentées de volume ; elles sont facilement enlevées et pédiculisées et sectionnées au thermo-cautère après ligature au catgut. Tout le péritoine tubaire et les franges du pavillon sont couverts de granulations ; la cavité de la trompe, très distendue, contient du pus caséeux par places, et liquide en d'autres points. La trompe, grosse comme le médius environ, représente un type de pyosalpinx tuberculeux.

L'ovaire n'est pas malade ; il ne présente que des granulations sur son péritoine.

Suture après drainage de l'abdomen. Les suites opératoires furent simples et ne furent un peu troublées que par l'inoculation tuberculeuse de la plaie pariétale, désunie vers le quinzième jour. Cette plaie prend l'aspect lisse et plat des plaies tuberculeuses, et, malgré les applications répétées de teinture d'iode, de solution de chlorure de zinc à un dixième et quelques cautérisations au thermo-cautère, elle n'est pas tout à fait cicatrisée au moment de la sortie de la malade, à la fin de mai.

L'intérêt capital de cette observation réside dans la suite éloignée de cette maladie.

Nous la revoyons ces jours-ci (25 juin 1900), plus de trois ans accomplis après son opération. La plaie est complètement cicatrisée, la cicatrice est brune et solide, sans éventration. Il ne s'est jamais reproduit de liquide. Le ventre est

souple et indolent. L'appétit et les fonctions digestives sont bons.

Il n'y a plus aucune douleur abdominale ; un peu de sensibilité dans les aines après une longue marche.

La malade a engraisé tellement depuis son opération qu'elle n'est plus reconnaissable ; elle dit avoir grossi du double. Elle est toujours un peu pâle et a la face un peu bouffie. Chose remarquable, les règles ont continué à revenir régulièrement, sans exagération et sans douleurs.

OBSERVATION LXXIII

Due à M. le Dr. BOUILLY

(Inédite)

P... 36 ans. Entrée au pavillon Velpeau, lit n° 6, le 9 janvier 1899.

Réglée à 12 ans, toujours bien.

Mariée à 22 ans ; depuis ce moment est toujours enceinte ou nourrice, n'a plus été réglée. Depuis le dernier accouchement, (4 mois) perd en blanc. Tousse depuis un mois, maigrit depuis trois mois. Parents bien portants. Deux sœurs sont mortes tuberculeuses.

Depuis huit mois, mais surtout depuis trois semaines, le ventre grossit. Elle en souffre depuis le début de sa dernière grossesse ; elle a eu à ce moment une bronchite pendant deux mois. Depuis, diarrhée continuelle. Depuis son accouchement, elle continue à souffrir. Un peu de fièvre ces derniers temps.

Actuellement, amaigrie, faciès de tuberculeuse.

Aux poumons, petits râles de bronchite, un peu de rudesse au sommet droit.

Ventre saillant sans circulation collatérale. Sonorité au-dessus de l'ombilic et à gauche. Submatité à droite ; profondément, on sent une tumeur arrondie rénitente. Rien dans les culs-de-sac.

Laparotomie le 13 février 1891.

Péritoine et épiploon épaissis. Ascite. Anses intestinales adhérentes empêchant d'approcher des annexes. Quinze jours après, l'appétit diminue, la malade faiblit peu à peu : la tuberculose continue son évolution.

Avril. La malade, qui était partie, rentre avec une fistule abdominale. Elle dépérit de plus en plus et meurt peu après de consommation.

OBSERVATION LXXIV

(Inédite)

Recueillie dans le service de M. BOUJILLY.

Ber., 30, domestique. Entrée au Pavillon Velpeau, lit n° 16, le 7 Juillet 1902.

Pas d'antécédents tuberculeux, huit frères et sœurs en bonne santé.

Personnellement, n'a jamais été malade dans son enfance. A 18 ans, elle fut soignée pour anémie. Il y a deux ans, phénomènes péritonéaux attribués à une appendicite. Elle tousse un peu, jamais ni pleurésie, ni bronchite. Réglée à 13 ans, toujours bien jusqu'à 18 ans.

Alors pendant trois ans les règles ne parurent qu'à intervalles irréguliers et durent très peu de temps. Leucorrhée abondante. Aménorrhée et leucorrhée disparurent à 21 ans. Depuis quelque temps, les règles sont en retard, toutes les six semaines. Les pertes blanches sont abondantes. Jamais d'accouchement ni de fausse couche. Depuis trois ou quatre mois elle ressent des malaises. Il y a un mois, elle remarqua une distension de son ventre, surtout accentuée à gauche : cette distension augmente rapidement, envahissant le ventre d'une façon égale, sans douleur. Amaigrissement considérable. Peu d'appétit, pas de constipation, pas de sueurs nocturnes. Cœur normal.

Examen. Ventre proéminent, distendu également partout ;

la pression ne réveille aucune douleur ; peau lisse, circulation veineuse peu développée. Percussion : sonorité dans les flancs, matité médiane allant du pubis au-dessus de l'ombilic. Peu de déplacement du liquide quand la malade se déplace. Pas de sensation de flot. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement. Pas de fièvre, poumons sains.

Diagnostic. Ascite tuberculeuse enkystée.

Laparotomie. 11 juillet 1902. Après incision du péritoine, écoulement d'une grande quantité de liquide citrin.

Le péritoine pariétal et viscéral est recouvert d'un semis de granulations qui lui donne un aspect de langue de chat. L'épiploon est épaissi. Ces granulations sont surtout abondantes sur le péritoine pelvien et les trompes. A droite, ablation de la trompe et de l'ovaire. Suture en trois plans. Drain. Les trompes sont reconnues tuberculeuses à l'examen microscopique. L'ovaire est kystique, non tuberculeux.

13 juillet, le drain est enlevé et remplacé par une mèche.

18, ablation de la mèche.

En août. La malade sort en bon état. En décembre, elle m'écrit qu'elle se porte très bien, que son ventre n'a pas enflé.

OBSERVATION LXXV

In thèse ALDIBERT, Observation 136 du tableau V.

28 ans ; deux sœurs mortes de la tuberculose.

Jamais malade. Menstruation régulière.

Douleurs du bas-ventre aiguës depuis trois ans, exaspérées par la marche, la miction.

Accidents péritonitiques aigus et fébriles en février 1891. Rien aux poumons.

Laparotomie le 9 février. Tubercules miliaires sur l'épiploon, les intestins adhèrent dans le petit bassin, granulations tuberculeuses sur l'utérus, trompes ; pyosalpinx double. Castration bilatérale.

12 juin 1891. Bon état général, rien dans les culs-de-sac.

OBSERVATION LXXVI

TERRIER. In thèse Aldibert.

21 ans, hérédité tuberculeuse. Début il y a quatre mois. Douleurs abdominales, pas de diarrhée.

Menstruation régulière peu abondante, indolore.

Leucorrhée. Ventre de batracien. Annexes grosses immobiles, douloureuses, surtout à droite. Pleurésie double, rien aux poumons.

11 août 1891. Laparotomie. Ascite peu abondante.

Granulations d'autant plus abondantes qu'on descend dans le petit bassin. Annexes grosses, rouges, épaisses, recouvertes de granulations. Castration bilatérale.

Fin septembre. Submatité au sommet droit, expiration prolongée.

15 mars 1892. Bon état, travaille beaucoup sans fatigue. Pas d'auscultation.

OBSERVATION LXXVII

LÖHLEIN. Traduit par PIC, thèse de Lyon, 1890.

23 ans, deux couches, la dernière datant d'un an. Depuis six mois, sensation de plénitude dans l'abdomen et de fatigue légère.

27 juillet 1888. Incision; on trouve des granulations, surtout dans le Douglas (reconnues tuberculeuses à l'examen histologique).

Décembre 1888. On retire un peu d'ascite par ponction.

Mars 1889. Ventre distendu. Rien aux poumons. Incision. Beaucoup d'ascite, beaucoup de granulations autour des trompes et des ovaires.

Mai 1889. Nouvelle accumulation de liquide.

OBSERVATION LXXVIII

OJEMANN. *Thèse Tubingen*, 1897

(Traduction personnelle résumée)

A. L... 26 ans, pas de grossesse, pas de fausse couche. Bien réglée, sans douleur, trois ou quatre jours.

Dernière fois en novembre 1896.

Depuis un mois, accroissement du ventre, surtout à gauche. Amaigrissement. Pas d'antécédents tuberculeux.

Actuellement, la malade est maigre : habitus tuberculeux. Circonférence de l'abdomen, 96 centimètres.

Diagnostic. Kyste du côté gauche. Utérus très haut, rétrofléchi. Paramétrium douloureux. Le toucher rectal montre, à côté de l'utérus, un corps gros comme une prune, accolé à l'utérus.

28 Décembre. Température 38° 2. Pleurésie droite.

1^{er} Février. Ascite.

15 février. Ponction. On sent des noyaux durs dans le ventre. Le Douglas est plein de nodosités et de masses de différents volumes.

Autopsie le 4 mars 1897. Tuberculose du péritoine et de l'épiploon. Ascite un litre.

Le péritoine est recouvert de granulations innombrables allant jusqu'au volume d'une petite cerise. Adhérences nombreuses entre les anses intestinales.

Utérus normal. Granulations sur tout le péritoine du petit bassin. Ovaire droit kystique. Ovaire gauche normal.

Trompe gauche grosse comme une saucisse, contenant du pus épais.

La trompe droite épaissie sur une petite longueur.

Examen histologique : Utérus sain.

Les extrémités laissent à peine passer un très fin stylet. Paroi très épaissie. La muqueuse est détruite complètement,

la couche musculaire est conservée. Elle est infiltrée de petites cellules, au milieu desquelles on trouve des cellules géantes.

Le revêtement péritonéal est épaissi et infiltré. Les nodosités de la surface péritonéale sont comprises en partie dans la trompe, en partie dans le péritoine.

Pas de bacilles. Ovaires sains. Dans la paroi intestinale, le processus s'étend jusqu'à la musculuse.

Donc tuberculose primaire de la trompe, infection péritonéale et enfin infection pleurale.

OBSERVATION LXXVIII

Due à M. le Dr. BOUILLY

Péritonite tuberculeuse d'origine annexielle. Laparotomie. Extirpation des annexes. Guérison.

Riché... vingt ans, entre le 4 Décembre 1894 au pavillon Velpeau. Antécédents tuberculeux.

Une sœur opérée par M. Routier pour péritonite tuberculeuse avec ascite. Réglée à 14 ans, règles abondantes pendant huit jours, sans douleurs. A 15 ans vient à Paris; depuis lors, n'est plus réglée; les règles sont remplacées par du ballonnement du ventre avec douleurs lombaires.

Mariée à 19 ans, pas d'enfants ni de fausse couche. Il y a cinq mois, sans cause appréciable, sans fièvre, sans douleurs, la malade a vu son ventre grossir très rapidement. Entrée à l'hôpital, à cause du volume de son ventre qui la gêne, mais qui ne la fait pas souffrir. Tous les soirs 39°. Etat local: ventre gros de batracien, peau normale, sans circulation supplémentaire. La percussion dénote de la matité mobile dans les deux flancs, épanchement libre dans le ventre. Fluctuation manifeste. Le toucher vaginal ne fait sentir rien d'anormal.

Etat général: La malade a une santé en apparence excellente; elle mange bien. La nuit elle a des sueurs. L'auscultation des poumons révèle une respiration un peu rude aux

sommets, surtout à droite, mais pas de lésions très prononcées. Elle tousse un peu.

Diagnostic. Ascite tuberculeuse.

Opération le 8 Décembre 1898. Laparotomie. A l'ouverture du péritoine il s'écoule environ 10 litres d'un liquide citrin. Le péritoine ne présente aucune granulation tuberculeuse, il est absolument sain.

Les ovaires, tuberculeux des deux côtés. Il existe quelques petites granulations sur le fond de l'utérus.

Suture. Le lendemain, la malade tousse beaucoup, à l'auscultation, on entend des râles fins de bronchite.

La toux s'amende rapidement et trois jours après, les symptômes de bronchite ont disparu.

Le huitième jour, les fils sont enlevés; la malade se plaint de son ventre, il est un peu ballonné; ouverture de trois centimètres sur la ligne d'incision. Il s'écoule un peu de liquide citrin.

Drainage. Pansement humide.

Le quinzième jour, le drain est enlevé. La malade quitte l'hôpital le 26 Janvier 1895. Guérie.

Cette malade n'a jamais été revue.

OBSERVATION LXXIX

CHANDELUX. *In thèse Beauvignon, Nancy 1898.*

Tuberculose péritonéale à forme ascitique, consécutive à une tuberculose des trompes. Laparotomie. Guérison.

Mme Ch., vingt et un ans, entrée le 31 mars 1897. Aucun antécédent tuberculeux héréditaire.

Ménstruation toujours régulière, et s'étant continuée ainsi depuis le mariage, il y a dix mois.

A maigri depuis quelques mois. La santé se maintient bonne jusqu'au mois de Février, dernière époque à laquelle la malade constate que son ventre était un peu plus dur et un

peu plus volumineux. L'appétit, néanmoins, restait bon et il n'était survenu ni douleurs abdominales, ni nausées, ni vomissements. L'augmentation du volume de son ventre fit des progrès assez rapides, si bien qu'il avait acquis des dimensions assez volumineuses quand la malade vint à l'hôpital. A l'examen, le ventre est uniformément ballonné, douloureux à la pression, surtout à gauche ; la percussion dénote une ligne de matité à concavité supérieure, se déplaçant légèrement dans le décubitus latéral. On perçoit nettement la sensation de flot. Le toucher ne révèle aucune lésion utérine, mais le doigt provoque de la douleur sur les annexes des deux côtés. A l'examen thoracique, frottement aux deux bases ; aux sommets, respiration obscure et bruit d'expiration prolongée. Chaque soir, la température oscille entre 38° et 39°, tandis que le matin elle est normale.

Diagnostic. — Tuberculose péritonéale consécutive à une tuberculose tubaire, avec lésions tuberculeuses des poumons.

En raison de la prédominance des signes abdominaux sur les phénomènes pulmonaires et de l'apyrexie constatée, tous les matins, l'intervention est proposée et acceptée, surtout en raison de l'état d'affaiblissement de la malade qui s'accroît de jour en jour.

Laparotomie. — 6 Avril. — Issue de cinq litres environ de sérosité citrine. Épaississement considérable de l'épiploon, qui est parsemé de granulations tuberculeuses, ainsi que les intestins, que de nombreuses adhérences unissent entre eux et à l'épiploon. Les trompes sont épaissies, rigides, en érection, recouvertes de granulations tuberculeuses. En raison de la dissémination des lésions elles ne sont point enlevées, et l'on ne pratique pas le décollement des anses intestinales. On introduit dans la cavité péritonéale une éponge imbibée de solution phéniquée à 50 pour mille de façon à arriver au contact de toutes les parties abordables et à exercer sur elles une friction un peu énergique. Suites simples. La température vespérale diminue peu à peu. Lorsque la malade rentre chez

elle, le 22 Avril, l'épanchement ascitique ne s'est pas reproduit, l'épanchement pleural a presque disparu complètement, l'appétit est excellent et l'on doit espérer une guérison prochaine.

18 août 1897. — La malade peut être considérée comme guérie ; il n'existe plus aucun signe abdominal ou pleural.

OBSERVATION LXXX

HOMANS. — *The Lancet*, 11 février 1888

(In thèse Gorovitz, page 104)

Jeune fille de dix-sept ans, institutrice. Bonne apparence de santé, mais un peu pâle cependant. Abdomen énorme, règles normales. La malade se présente à l'hôpital en avril 1897 et raconte qu'elle a vu son ventre augmenter depuis un an, mais très lentement et d'une façon continue. On pense à un kyste ovarique.

Laparotomie en avril 1887. — L'écoulement du liquide laisse voir toute la cavité criblée de granulations (l'utérus, les deux ovaires, les deux trompes en sont couverts).

Ablation d'une trompe et de son ovaire. Toilette soignée du péritoine. Tubes à drainage et sutures.

Les pièces furent examinées par le professeur Fitz, qui affirma la tuberculose. On enleva le drain le troisième jour. La malade sortit guérie au bout de trois semaines.

21 décembre 1888. — Le médecin de cette malade écrit que le ventre est de volume normal. Il n'y a pas de fièvre, pas de douleurs. L'appétit est bon. La malade, bien qu'un peu faible, travaille et donne des leçons de musique.

OBSERVATION LXXXI

CROFFORD. — *Americ. journal of obstetr.*, 1894

(In thèse Gorovitz, page 103)

Femme de quarante-cinq ans, vue la première fois en mai 1893. Abdomen très distendu : les commémoratifs font penser à une tumeur ovarienne.

Laparotomie. — Evacuation d'une grande quantité de liquide, en même temps que l'on pratique l'extirpation des trompes et des ovaires, qui ne constituent qu'une seule masse adhérente recouverte de tubercules et remplie de matières caséeuses. La malade succomba quinze jours après d'une cirrhose du foie.

OBSERVATION LXXXII

CROFFORD. — *Americ. journal of obstetr.*, 1894

(In thèse Gorovitz, page 102)

Femme de vingt et un ans. Il y a deux ans, subit une laparotomie pour péritonite tuberculeuse, sans qu'on puisse extirper les annexes par suite d'adhérences. L'état de la malade empire de plus en plus ; l'abdomen est distendu par l'ascite, ses forces diminuent et elle arrive à l'hôpital le 5 janvier 1892.

Deuxième laparotomie. — Evacuation du liquide ascitique. Le péritoine est recouvert de tubercules miliaires. Les trompes et les ovaires portant des lésions très anciennes de tuberculose, sont agglutinés avec les anses intestinales et ne présentent qu'une masse unique. Le décollement des annexes fut très laborieux et dura plus d'une heure ; on fit ensuite un grand lavage de la cavité abdominale et un grand drain en verre fut placé derrière l'utérus. La malade guérit ; elle fut revue trois ans après en parfait état de santé.

OBSERVATION LXXXIII

SPAETH. — *Thèse de Strasbourg*, 1885

(*In thèse Gorovitz*, page 99)

Femme de vingt-six ans, antécédents tuberculeux. Depuis deux mois, tuméfaction du ventre avec douleurs, surtout très accentuées dans les quinze derniers jours. Bien réglée. Pas de vomissements. Constipation. A l'examen, rien d'anormal aux poumons. Abdomen ballonné, matité, fluctuation.

Laparotomie. — Il s'écoule un liquide jaune clair. Le péritoine est très épais, hyperémié, recouvert de nodules. Les deux trompes sont très épaissies, transformées en de véritables tumeurs que l'on excise, de même que les ovaires. La malade succomba quelques jours après l'opération, et à l'autopsie, on trouva une tuberculose généralisée des foyers caséux dans le sommet du poumon droit. L'utérus, très adhérent avec les anses intestinales voisines, présente, au niveau de sa surface interne, une membrane caséuse et des tubercules que l'on aperçoit aussi sur l'orifice cervical externe.

Les trompes sont remplies d'une masse caséuse ; destruction de la muqueuse et infiltration tuberculeuse de la musculaire.

Matières caséuses dans les ovaires.

OBSERVATION LXXXIV

NASSAUER. — *Munch. medic. Woch*, 1898, page 582

(*In thèse Gorovitz*)

Femme de vingt-neuf ans, mariée en juillet 1893 ; depuis, douleurs abdominales. Jamais été malade avant.

Examen. — Rien aux poumons et au cœur.

Utérus en rétroflexion, trompe gauche forme de saucisse. Rien aux annexes droites.

Diagnostic. — Pyosalpinx gauche, avec rétroflexion de l'utérus. Quelques mois plus tard, le ventre devient douloureux ; il se forme un épanchement péritonéal.

Laparotomie, le 14 novembre 1893. — Il s'écoule un liquide jaune citrin très abondant. Adhérences nombreuses entre l'utérus, la vessie et le rectum.

Les intestins, le péritoine pariétal sont recouverts de tubercules miliaires.

La malade guérit ; deux ans après, état de santé bon. Utérus en rétroflexion ; la malade se plaint de la toux. Elle revient trois mois après et l'on constate, derrière l'utérus, une tumeur molle, fluctuante, remplissant la moitié gauche de la cavité pelvienne, tumeur sensible.

28 août 1895. — Colpotomie postérieure. La tumeur est rompue et il s'écoule un liquide séreux.

Des adhérences multiples persistent. On ramène l'utérus avec son péritoine et les anses intestinales pour constater l'état du péritoine. Toutes ces parties, points de prédilection de la tuberculose péritonéale, sont explorées minutieusement ; il n'existe plus de trace de tubercules, pas d'ascite.

On revoit la malade deux ans après en parfait état de santé.

OBSERVATION LXXXV

JORDAN. — *Beitrag zur klin. chirurgie*, 1895, page 746

(In thèse Gorovitz, page 98)

Observation d'une jeune fille de dix-huit ans, ayant présenté une péritonite tuberculeuse à point de départ dans la trompe.

Laparotomie. On évacue l'exsudat, les trompes sont laissées en place, par suite des adhérences très marquées.

Les symptômes de péritonite disparurent et la malade se porta bien pendant deux ans et demi.

Les lésions de la trompe ayant progressé, on fit une seconde laparotomie. La tuberculose miliaire persistait, mais il n'y avait plus d'exsudat ni d'adhérences. Cette péritonite fut entretenue par la trompe malade.

OBSERVATION LXXXVI

(Due à M. le docteur POTHERAT)

(Inédite)

Adèle V., 18 ans. Entrée le 23 juin 1900. Bacillaire à la seconde période. Ventre ballonné, hypéresthésie ; au palper, sensation de gâteaux péritonéaux, vomissements incessants, constipation opiniâtre avec alternatives de diarrhée. On pratique la laparotomie exploratrice. Impossibilité d'enlever les annexes. Morte quelque temps après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION LXXXVII

(Due à M. le docteur POTHERAT)

(Inédite)

Marthe R..., 21 ans, femme de chambre. Entrée le 6 juillet 1899.

Il y a trois ans, cette malade remarque que son ventre est douloureux à la pression, indépendamment des époques qui étaient toujours pénibles et n'étaient régulières que depuis 18 mois.

Novembre 1898, après quelques périodes de mieux et de moins bien, il y eut une crise violente avec vomissements, douleurs violentes. Nouvelle crise en mai 1899, avec pertes blanches abondantes. M. Nélaton, le 6 juin, conclut à une salpingite double tuberculeuse. 6 juillet, deux masses symétriques dans les culs-de-sac postéro-latéraux. Examen douloureux.

2 septembre, laparotomie : Ascite moyenne, granulations sur les annexes. Les deux trompes sont volumineuses, les deux ovaires sont gros et sont remplis comme les trompes de matières caséuses. Suites bonnes. Sortie le 21 octobre en bon état.

OBSERVATION LXXXVIII

(Due à M. le docteur POTHERAT)

(Résumée, inédite)

Ber... Entrée le 28 mars 1901. Opérée le 6 août. Péritonite tuberculeuse sans lésions pulmonaires. Ouverture du ventre, évacuation du liquide ascitique. L'intestin et le péritoine, notamment le petit bassin sont farcis de granulations tuberculeuses dont quelques-unes de la grosseur d'une lentille. Suites simples. La malade sort en bon état le 15 septembre.

OBSERVATION LXXXIX

(Recueillie dans le service de M. le docteur POTHERAT)

Marie B..., domestique, 24 ans. Entrée le 18 novembre 1898.

Vue pour la première fois le 18 novembre 1897.

Elle vient consulter parce que son ventre grossit beaucoup et qu'elle ressent des douleurs vagues. On trouve peu de chose. Le 25 novembre, ventre très proéminent, à tel point que sa maîtresse la croit enceinte. Le 2 décembre, on constate un peu d'éventration au niveau de la ligne blanche et un peu d'ascite.

Le 30 décembre, le ventre est plus gros ; elle a eu, ces derniers temps, un écoulement vaginal intense, n'ayant pas du tout l'aspect de pus blennorrhagique ; cependant, entrée à Necker, on lui fait des lavages de permanganate sans aucun résultat.

Le 6 janvier, on diagnostique une péritonite tuberculeuse.

Laparotomie, le 5 février. — On trouve une assez grande quantité de liquide. Tout le péritoine est tapissé de tubercules, très abondants partout, mais surtout à beaucoup près sur le péritoine du petit bassin et des organes génitaux, qui en sont littéralement couverts. Impossibilité d'enlever les annexes. On étanche le liquide. Suites simples. Cependant la malade maigrit et le liquide se reproduit. Ensuite, la malade reprend, son ventre diminue. Le 20 juin, état général très bon.

OBSERVATION XC

(Due à M. le docteur POTHERAT)

(Inédite)

Claire, 29 ans. Entrée le 14 avril 1900.

Depuis un an, cette malade perd abondamment en blanc ; elle souffre du ventre ; malgré un traitement sérieux, aucun changement ne survient. Au toucher, les trompes sont épaissies et, dans les deux culs-de-sac latéraux, on les sent saillantes et dures.

Laparotomie le 4 mai 1900. — Ascite, granulations bacillaires sur le péritoine. Les trompes et surtout les ovaires sont tuberculeux. On les enlève. Drainage. Suites bonnes ; la malade sort le 23 juin.

OBSERVATION XCI

(Due à M. le docteur POTHERAT)

(Inédite. — Résumée)

Marguerite L..., 49 ans, couturière. Entrée le 12 novembre 1901.

Laparotomie, le 20 novembre 1901. — Ascite très abondante. Péritonite enkystée. Les intestins adhérents forment

une cavité dans le petit bassin. Granulations nombreuses sur les anses intestinales et sur tous les organes pelviens. Drainage. Suites bonnes.

OBSERVATION XCII

(Due à M. le docteur POTHERAT)

(Inédite, résumée)

Val. Laf... Entrée le 30 juillet 1901.

Péritonite tuberculeuse, sans lésions pulmonaires. Ventre très gros, ascite. Laparotomie, évacuation du liquide. Granulations surtout nombreuses dans le petit bassin, blanches nacrées. Adhérences des intestins. Les annexes sont laissées en place. Revue fin mars 1902. Etat général très bon

OBSERVATION XCIII

M. le docteur POTHERAT. *Société de Chirurgie*,

30 mai 1898.

Malade vue le 9 juin 1897, maigre, décharnée, aucun signe de tuberculose pulmonaire. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, son ventre avait rapidement augmenté. Constipation opiniâtre. Température entre 38-39°5. Rien au toucher vaginal.

Laparotomie. — Le péritoine sous-ombilical est parsemé de myriades de granulations tuberculeuses, plus abondantes sur le péritoine pelvien, confluentes au niveau des annexes qui sont très adhérentes. Ablation des annexes, pas de lavage, guérison prompte, pas de reproduction de liquide. La malade est actuellement bien portante.

OBSERVATION XCIV

(Due à M. le docteur BOUILLY)

(Inédite)

P..., 29 ans. Entrée le 28 mai 1897. Pavillon Velpeau lit 3.

Pas d'antécédents héréditaires bien nets.

A 17 ans, réglée sans douleur, les règles viennent toutes les trois semaines. A 20 ans, première grossesse.

Depuis, la malade perd en blanc.

A 26 ans, deuxième grossesse ; la malade a de la pelvipéritonite.

A 27 ans, fausse couche de 3 mois, à la suite d'une chute. Depuis ce moment elle souffre au moment des règles.

Depuis janvier 1897, à chaque époque, crises violentes prises au début pour des crises néphrétiques.

Le ventre reste bientôt douloureux, au point d'empêcher tout travail.

Examen. — Utérus probablement en rétroversion fixe. Grosse tumeur à gauche remontant sur le bord inférieur de l'utérus, fixe et douloureuse. A droite, grosse masse transversale, plus saillante que la gauche ; pas de collection nette. En somme, annexite et périannexite.

Hystérectomie vaginale le 12 juin. Les annexes sont très adhérentes. Le péritoine est granuleux. Trompe gauche grosse, avec le pavillon granuleux avec points caséeux ; tout autour de lui, granulations péritonéales. Trompe droite plus volumineuse ; le péritoine qui la recouvre est recouvert de granulations.

Les ovaires sont perdus au milieu des fausses membranes. Après le premier pansement, les matières fécales sortent par le vagin. Lavages. L'issue des matières fécales se fait largement. Élimination, huit jours plus tard, d'un large

lambeau de paroi intestinale. L'état général s'altère rapidement. Mort le 12 juillet.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XCV

(Due à M. le docteur BOUILLY)

(Inédite)

Marguerite R..., 23 ans. Entrée le 23 janvier 1896. Pavillon Velpeau, lit n° 10.

Réglée à 11 ans, régulièrement; mariée à 19 ans 1/2; 20 ans 1/2, 21 ans 1/2, accouchements.

Après le second, poussée de pelvipéritonite; durant trois mois, la malade continue à souffrir. Etat général médiocre, puis réapparition des règles avec douleurs: la malade garde le lit chaque fois. Pendant 18 mois, cet état s'aggrave. Entrée à l'hôpital, on lui fait un schröder et curettage. Amélioration. Cependant, les règles sont irrégulières. Leucorrhée abondante.

Décembre 1895, crise violente, avec fièvre et vomissements. Etat général mauvais.

Diagnostic. — Pelvipéritonite tuberculeuse.

1^{er} février. — Hystérectomie vaginale.

Hémisection antérieure de l'utérus. Ablation des annexes droites qui sont peu malades, puis des annexes gauches. Trompe très volumineuse. A la surface, beaucoup de granulations péritonéales, ne s'étendant pas sur le corps utérin. Quatre pinces à demeure. Suites simples. Le 5 février, épistaxis abondante nécessitant un tamponnement.

20 février. Angine herpétique.

2 mars. Nouvelle épistaxis.

5 mars. La malade sort en bon état.

OBSERVATION XCVI

(Due à M. le docteur BOUILLY)

(Inédite)

D..., 24 ans, entrée à l'hôpital le 24 février 1896. Pavillon Velpeau, lit n° 39.

Réglée à douze ans régulièrement, abondamment. Mariée à 18 ans, 2 accouchements à 19 et à 20 ans. Pas de fausse couche. Dès 19 ans, leucorrhée abondante, sans douleur. Depuis un an, la leucorrhée augmente. Pertes en septembre 1894, suspension des règles pendant trois mois. On crut à une hématocele.

30 juillet 1895, 5 octobre 1895, nouvelles crises durant un et deux mois. Mauvais état général.

Etat en décembre 1895 : Douleurs violentes, leucorrhée abondante. Dysménorrhée. Trompe droite grosse, douloureuse. Utérus immobilisé.

24 février 1896. Nouvelle crise.

Trompe droite très douloureuse, peu de chose à gauche. On ne sent pas les annexes. L'utérus est en rétroversion; en le relevant, on sent derrière lui des annexes qui remplissent le cul-de-sac postérieur.

5 mars 1896. Hystérectomie vaginale. Issue d'une grande quantité de liquide séreux. Ablation des annexes facile, rien de spécial à noter. Suites simples.

La malade sort en bon état le 5 avril.

Pièces. — Sur le fond de l'utérus, granulations tuberculeuses, de même à l'origine de la trompe droite. Les annexes présentent des lésions de périsalpingite et d'endosalpingite. Les inoculations sont franchement positives.

OBSERVATION XCVII

(ALBAN DORAN. *British medic. Journal*, 21 octobre 1893)

(Traduction personnelle)

Jeune fille a une tumeur fluctuante dans le bas-ventre. Règles irrégulières. Un frère mort tuberculeux.

Incision exploratrice. — Epaisse masse fongeuse; on croit à du sarcome. On referme. Mort par tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Trompes présentant l'aspect d'une masse allongée; les deux ovaires gros, remplis de bouillie jaune sale. Donc, tuberculose primitive de la trompe avec tuberculose secondaire du péritoine.

OBSERVATION XCVIII

(BROCKMANN. — *Thèse Erlangen*, 1895)

(Traduction personnelle)

26 ans. Mère morte en couches. Père bien portant, quatre frères et sœurs bien portants. La malade n'a jamais été malade, mais a maigri ces derniers temps.

Règles à 14 ans, régulières, durant cinq à six jours. Les dernières règles ont duré huit jours et très fortes. Depuis, le ventre a grossi. La malade souffre de temps en temps dans le côté gauche. Depuis novembre 1894, la malade s'apercevait que son ventre grossissait, mais surtout depuis le commencement de mars.

Etat présent. — Anémique, pas d'œdème, température normale. Rien aux poumons. 89 centimètres de circonférence d'abdomen. Pas de douleur à la pression. Les parties déclives sont mates, la matité change avec la position de la malade. Omphile repoussé en avant. Les muscles droits sont distants de deux doigts.

Hymen détruit. Du col s'écoule pas mal de sécrétions purulentes. Dans le cul-de-sac antérieur et dans le droit, on sent une résistance ferme, non douloureuse; aussi, mais moins, dans le cul-de-sac gauche. Evacuation de l'ascite, 7 litres 1/2, contenant des leucocytes.

On constate de chaque côté de l'utérus un cordon dur, étalé, formé évidemment par la trompe. Les ovaires sont aussi augmentés de volume.

Incision sur la ligne blanche. Parois saignantes. Péritoine viscéral recouvert d'une couche de granulations très abondantes. Les intestins, très adhérents, en sont recouverts. L'utérus est perdu sous une couche épaisse d'exsudats, surtout sur sa face postérieure.

L'extrémité des trompes est dilatée; le pavillon est rouge et gros, ressemblant à une fleur. On détruit prudemment un exsudat de 3 millimètres d'épaisseur; un peu de pus. On continue l'extirpation. Ovaire gauche kystique. Ovaire droit gros comme une pomme, déchiré pendant l'extirpation.

Suites bonnes. Il se reforme un peu d'ascite; huit jours plus tard, il se forme une fistule de laquelle il s'écoule du liquide. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait bien de tuberculose. La fistule persiste. Incision le 31 mai pour essayer de guérir la fistule. On tombe sur une poche limitée par l'intestin descendant vers le Douglas. La fistule persiste.

16 juillet. — Extirpation de l'utérus.

Le 4 octobre, la malade rentre chez elle; une fistule persiste. Elle va bien. Rien aux poumons.

OBSERVATION XCIX

(Due à M. le docteur BOUILLY)

Salpingite et péritonite tuberculeuses

Philomène G., 22 ans, domestique, lit n° 21, pavillon Velpeau, réglée à 16 ans, toujours régulièrement, peu abon-

damment. En 1892, fièvre, douleur dans le côté droit de la poitrine. Pleurésie droite, pas de thoracentèse; actuellement, quelques frottements à la base. Pas d'autre maladie antérieure. En 1893, (au commencement de l'année) douleurs vagues dans le bas-ventre qui est augmenté de volume. Pas de règles depuis cette époque. Les douleurs n'ont jamais été fortes.

Elle consulte, on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et on l'envoie à l'hôpital (entrée 21 juillet 1893).

Examen; ventre augmenté de volume, régulier, arrondi. Légère quantité d'ascite qui varie d'un jour à l'autre. L'ascite n'est pas libre dans la cavité abdominale.

Douleurs assez vagues dans le ventre et variant d'un jour à l'autre. Deux points douloureux persistent cependant, nettement localisés au niveau des annexes. Foie, rate normaux. Rien au cœur ni aux poumons. Quelques troubles dyspeptiques. Urines normales, faciès pâle, amaigri.

La ponction avec le Potain ramène 100 à 150 grammes de liquide nettement ascitique.

Diagnostic. — Salpingite tuberculeuse et péritonite secondaire.

Laparotomie, le 7 août, plan incliné. Evacuation d'un litre et demi de liquide ascitique. Granulations tuberculeuses sur le péritoine pelvien et intestinal. Plaque tuberculeuse du volume d'une pièce de deux francs sur le péritoine pariétal. Les anses intestinales, faiblement adhérentes au petit bassin, sont réclinées à l'aide de compresses. Annexes volumineuses des deux côtés, extirpées après ligature du pédicule à la soie, suture de la paroi.

Examen des pièces. — Lésions prononcées des deux annexes et identiques des deux côtés; ovaire augmenté de volume, surmonté d'une trompe fortement hypertrophiée et remplie d'un pus caséeux. La trompe flexueuse coiffe l'ovaire comme l'épididyme coiffe le testicule.

Suites opératoires simples. La malade sort le 2 septembre en bon état de santé. Ventre souple, pas d'ascite.

Revue plusieurs fois après l'opération; restée parfaitement guérie.

Le 11 octobre 1902, la malade m'écrit que, après deux années passées à la campagne, elle est rentrée à Paris bien portante; elle a eu quelques vagues douleurs du ventre, mais, actuellement, c'est-à-dire 9 ans après, elle est en très bonne santé.

OBSERVATION C

(Due à M. le docteur BOUILLY)

Péritonite et salpingite tuberculeuses

Laparotomie. Guérison

P.... âgée de dix-huit ans, entrée à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, le 8 novembre 1893. La mère toussait, une sœur a eu une pleurésie.

Toujours bien portante dans l'enfance.

Réglée à 12 ans, régulièrement, durant huit jours, sans douleurs.

En septembre 1893, pleurésie qui dure deux mois, convalescence lente et pénible.

En mai 1893, la malade s'aperçoit que son ventre commence à grossir; elle y éprouve des douleurs violentes et continues.

L'état général reste bon, malgré une légère diminution de l'appétit. On la soigne pour anémie.

Enfin elle entre en novembre à l'hôpital. Pertes blanches très abondantes. Règles normales.

Diagnostic. — Ascite. Péritonite bacillaire. Laparotomie, le 18 novembre 1893. Evacuation d'une grande quantité de liquide ascitique franc. Granulations tuberculeuses sur tout le péritoine, notamment en grande abondance sur les annexes

qui sont franchement tuberculeuses. Extirpation des annexes des deux côtés.

Au bout de trois semaines, ulcération de dedans en dehors au niveau de la cicatrice; cautérisation au thermocautère; 1^{er} février, pleurésie gauche, thoracentèse 1 litre.

2 février, thoracentèse 3/4 de litre.

La fièvre qui était de 39° diminue, et le 14 février elle a 37°; l'état général redevient bon.

Cicatrisation lente de la paroi abdominale.

La malade a eu ses règles 4 fois depuis l'opération (deux fois dans le même mois, en janvier).

17 mars 1894, à sa sortie, ventre partout souple et indolent sans aucune reproduction de liquide.

Depuis cette époque, on a eu plusieurs fois des nouvelles de cette malade; elle est restée complètement guérie. Elle vit à la campagne (guérison de neuf ans).

OBSERVATION CI

(VASSMER. — *Arch. f. gyn.* 1898, vol. 57)

(*In thèse Gorovitz*)

Femme de 22 ans. A dix ans, ascite; actuellement, coxalgie gauche au début. Bien réglée jusqu'à il y a neuf mois; depuis, aménorrhée avec douleur dans l'abdomen. Pas de pertes blanches. A l'examen, rien d'anormal du côté des poumons; pas d'ascite. Utérus petit, en rétroversion; annexes libres. Par le curettage, on ramène de petits fragments dans lesquels l'examen microscopique permet de reconnaître un grand nombre de tubercules avec cellules géantes et bacilles de Koch.

OBSERVATION CII

(TERRILLON. — *Congrès de chirurgie*, 1889)

24 ans; a eu un enfant il y a quinze mois. Depuis cette

époque, elle souffre continuellement dans le ventre, surtout à droite ; on sent dans cette région une masse arrondie et douloureuse, descendant dans le Douglas.

Opération. — 2 février 1889. — Ovaire et trompe droits adhérents. Ils sont enlevés. La trompe est grosse comme le pouce, tuberculeuse. Le côté gauche paraît sain. L'état local et général est excellent au moment du congrès.

OBSERVATION CIII

(TERRILLON. — *Congrès de chirurgie*, 1889)

25 ans, ni enfant, ni fausse couche. Elle souffre surtout du côté gauche depuis quatre ans. Amaigrissement, vomissements continus.

Laparotomie. — 2 mars 1889. — Double pyosalpinx tuberculeux. Guérison rapide. La malade engraisse rapidement.

OBSERVATION CIV

(TERRILLON. — *Cong. de chir.*, 1889)

26 ans, pas d'enfants, douleurs dans le ventre depuis quatre ans, sans cause connue. Les règles sont abondantes, douloureuses. État général s'altère depuis un an, avec symptômes de fièvre hectique.

Opération. — 12 avril 1889. — Les deux trompes caséuses confondues avec les ovaires, remplies de foyers tuberculeux. La surface péritonéale est couverte de tubercules. Ablation difficile. Guérison, amélioration de l'état général.

OBSERVATION CV

(SPAETH. — *Deut. méd. woch.*, 1889)

(Trad. pers.)

32 ans, mariée depuis 7 ans, 3 enfants. Depuis quatre

mois, elle souffre du côté droit du ventre, avec un peu d'augmentation de volume du ventre ; depuis cinq mois, aménorrhée. Depuis trois semaines, elle sent une tumeur dure dans le côté droit ; en même temps, douleurs plus grandes, alternatives de diarrhée et de constipation. Amaigrissement, jamais de toux. Cachectique. Rien aux poumons. Ventre modérément gonflé ; un peu d'ascite. Adénite inguinale, bilatérale. Du côté du cœcum, tumeur dure, tuberculeuse, du volume du poing, paraissant appartenir à l'intestin, ou lui adhérent. Par le vagin, on sent la surface bosselée de la tumeur qu'on ne peut différencier des annexes droites. Utérus petit, atrophique. Trompe et ovaire gauches normaux au palper. Après quatorze jours de traitement, augmentation de l'ascite. La température ne descend pas au-dessous de 38°.

Opération. — L'épiploon épaissi, avec dilatation veineuse et ganglions volumineux du côté droit de la paroi, avec laquelle il est intimement uni. Tuberculose étendue du péritoine et de la séreuse de l'intestin. Le siège principal de cette maladie est le cœcum, dont la paroi est très épaissie, adhérente à la trompe droite et l'ovaire. On ne peut, à cause de cette adhérence, terminer l'opération. Le cinquième jour, décès.

Autopsie. — Pas de péritonite récente, un peu d'ascite sanglante. La tuberculose s'étend sur tout le côté droit de l'utérus. Dans l'ovaire, plusieurs petits foyers purulents. Oblitération de la trompe à son extrémité externe. Elle est dilatée et contient un peu de pus ; on y trouve des bacilles.

Conclusion. — Tuberculose disséminée du péritoine partant d'une affection analogue de la trompe droite.

OBSERVATION CVI

SPAETH (id)

(Traduction personnelle)

Femme 35 ans, mariée depuis sept ans. Mari mort depuis un an, de phtisie. Elle eut, pendant qu'il était encore bien portant, deux enfants vivants et pendant sa maladie qui dura plusieurs années, 2 avortements. Depuis 2 années, il lui arriva, par ailleurs tout à fait bien portante, de fortes ménorrhagies. Il y a trois mois, curettage de l'utérus et colporrhaphie postérieure. Les hémorrhagies s'arrêtèrent, les règles vinrent régulièrement et modérément. Cependant, 6 jours après l'opération, son ventre gonfla et resta volumineux; dans les dernières semaines, il s'y ajouta des douleurs de ventre, surtout du côté droit, avec diarrhée de temps en temps et frissons les soirs. Jamais de leucorrhée. Dans les dernières semaines, amaigrissement considérable. Femme forte, ayant diminué, avec aspect légèrement pâle; poumons et cœur sains, ventre très augmenté de volume, tumeur en bas et à droite que par la percussion on limite à peu près comme une grossesse de 5 à 6 mois avec petites saillies séparées. Un peu d'ascite. Le toucher montre que cette tumeur est sur le côté droit de l'utérus augmenté de volume et en antéverson mais nettement indépendant. Le côté gauche du petit bassin est rempli par une tumeur bosselée du volume d'une orange. La tumeur gauche montre une mobilité moyenne, tandis que du côté droit la tumeur l'est très peu et se montre adhérente de tous côtés. Régulièrement, la température monte tous les soirs à 39°. Adénite inguinale.

Opération. — Péritonite disséminée du péritoine pariétal et viscéral. La tumeur du côté droit est seulement formée par de l'ascite enkystée, entre un paquet d'intestins adhérents et l'épiploon avec les annexes droites. On vide cette poche; de

plus on voit les deux trompes et ovaires très adhérents, formant une tumeur du volume d'une mandarine recouverte de petits et gros tubercules. On enlève les deux trompes et les deux ovaires. La tumeur tubo-ovarienne droite se rompt pendant l'enlèvement. Il s'écoule beaucoup de pus que l'on enlève le plus possible avec des éponges. Après plusieurs semaines de bonne santé, il apparut une phtisie qui emporta la femme en trois mois.

OBSERVATION CVII

SPAETH (id)

(Traduction personnelle)

43 ans, mariée depuis 13 ans, 3 avortements, jamais d'enfants. Bien portante jusqu'en septembre 1885, où elle eut la typhoïde jusqu'en décembre, puis la scarlatine très grave. Pendant ces deux maladies, elle eut, à plusieurs reprises, des pertes de sang. Après la guérison de cette scarlatine, elle resta chétive, eut des pertes jaunâtres, des douleurs de reins, des alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis huit semaines, accroissement du ventre, pendant que, en même temps, l'amaigrissement augmente; jamais de toux. Mari phtisique. Femme petite, grêle, moyennement amaigrie. Rien au cœur ni aux poumons; le bas-ventre est enflé; on y sent une tumeur nette à la percussion. On ne constate pas d'ascite. Écoulement purulent de l'utérus qui contient une quantité extraordinaire de micro-organismes, mais ni gonocoques, ni bacilles tuberculeux. Des deux côtés de l'utérus en rétroversion et atrophie, on sent une tumeur grosse comme une pomme, élastique, non bosselée, dont les trompes paraissent distinctes. Pas de fièvre.

Opération. — Tuberculose du péritoine et de la séreuse intestinale avec un peu d'ascite. Les deux tumeurs sont tubo-ovariennes, recouvertes de nombreuses granulations. Leur ablation ne paraît pas possible sans les crever. Dans la crainte

d'infecter le reste du péritoine, on referme le ventre et après l'opération la malade va bien ; 4 mois après, mort par suite d'une véritable tuberculose intestinale.

OBSERVATION CVIII

LOHLEIN, *Therap Woch* 20 sept. 1896

(Traduit par Daclin. *Thèse de Lyon*, 1897)

Elisabeth H. . . , 41 ans, entre pour augmentation du volume du ventre : père et une sœur morts tuberculeux ; 9 enfants. Il y a 4 mois, elle a eu 2 jumeaux, depuis, les règles n'ont pas reparu. Elle se plaint d'une toux incessante et de sueurs nocturnes. Appétit capricieux, diarrhée.

Examen. — Femme pâle et faible, cicatrices au cou ; aux deux sommets, rudesse respiratoire ; ganglions inguinaux augmentés. Urines normales, annexes grosses des deux côtés, surtout la trompe droite.

Opération par le cul-de-sac postérieur, le 11 juillet 1890. Difficulté pour l'ouverture à cause des adhérences et de la fixation de l'utérus en rétroversion. Écoulement de 10 litres d'ascite jaune paille. On enlève facilement la trompe gauche, plus difficilement la droite. Elles ont l'épaisseur du pouce, sont sinueuses, leur surface est couverte de granulations. La droite contient un liquide grisâtre. Ovaires adhérents laissés en place. Pendant 24 heures, écoulement de sérosité en grande quantité, ce suintement ne dure que 4 jours. Suites bonnes.

OBSERVATION CIX

(Due à M. le docteur BOUILLY)

Double salpingo-ovarite tuberculeuse avec pelvi-péritonite

Hystérectomie vaginale. Guérison

G. M. . . , 21 ans, entrée dans le service de M. Bouilly, le

16 novembre 1899, pour des douleurs dans le bas-ventre et des pertes vertes.

Réglée à 16 ans, jamais régulièrement, tous les deux, trois mois. Accouchement il y a 19 mois, fausse-couche de trois mois, il y a 6 mois. C'est depuis cette époque que la malade souffre du ventre. Toujours couchée, elle n'a pu reprendre son travail. Les douleurs sont continuëles jour et nuit, quelquefois le ventre se ballonne. Elle n'a eu ses règles qu'une seule fois, il y a trois mois, mais elle perd continuellement en rouge et en blanc.

A l'examen fait le 24 novembre, on trouve l'utérus mobile, fortement incliné en latéro-version droite. Commenant sur le bord gauche de l'utérus, mais très nettement séparé par un sillon, on sent une tuméfaction régulière déprimant le cul-de-sac gauche, faisant saillie dans le cul-dé-sac postérieur, qui n'est pas comblé, et remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale; tumeur immobile adhérente très douloureuse à parois épaisses et résistantes à travers lesquelles on soupçonne une petite quantité de pus. Derrière le col, on sent un cordon noueux qui semble être la trompe droite atteinte de salpingite interstitielle. L'auscultation des poudons fait constater une induration du sommet gauche.

Le 27 novembre, hystérectomie vaginale, incision circulaire de la muqueuse du col; décollement antérieur et postérieur. Hémisection antérieure du corps de l'utérus qui s'abaisse avec beaucoup de difficultés, retenu qu'il est par des adhérences solides, surtout du côté gauche.

On peut extraire, avec le corps utérin, la totalité des annexes gauches et droites. Hémostase relativement facile, deux pinces de chaque côté. Suture du dôme vaginal avec un point de catgut, qui n'a pas seulement opéré la réunion de deux tranches vaginales, mais arrêté aussitôt un suintement sanguin assez abondant au niveau de la tranche vaginale postérieure.

Suites normales. Température oscillant entre 37-37°2.

Pincés enlevées sans accident 48 heures après l'opération. La malade sort le 1^{er} janvier, entièrement guérie.

Examen de la pièce. — Elle comprend l'utérus et les annexes des deux côtés.

L'utérus, augmenté de volume, présente des lésions de métrite parenchymateuse.

La trompe droite est très peu augmentée de volume, dans sa moitié interne. Sa partie externe présente une dilatation bosselée, du volume du pouce. La séreuse péritonéale, en rapport avec la trompe, présente un semis de granulations blanchâtres, donnant tout à fait l'idée de granulations tuberculeuses en voie de caséification ; c'est surtout au niveau du pavillon tubaire qu'il existe une grande accumulation de ces tubercules.

A la coupe, les parois de la trompe présentent une hypertrophie considérable. La muqueuse paraît saine ; un peu de sérosité rougeâtre dans l'intérieur de la trompe.

Ovaire droit un peu augmenté de volume ; son albuginée est très épaissie. A la coupe, l'organe apparaît entièrement sclérosé ; petits kystes.

Annexes gauches : grande analogie avec le côté droit, même semis de granulations blanchâtres sur le péritoine et sur les ligaments larges, avec maximum au niveau du pavillon.

Dilatation du tiers externe de la trompe par hypertrophie, et infiltration des parois par des tubercules de même aspect que ceux disséminés sur le péritoine.

Ovaire gauche : volume d'une grosse noix ; son albuginée est parsemée de petits tubercules blanchâtres. Au niveau du pôle externe de l'ovaire, l'albuginée est recouverte par une fausse membrane d'aspect caséeux. A la coupe, l'ovaire est transformé en une grande poche remplie de pus caséux verdâtre.

OBSERVATION CX

(VASSMER. — *Arch. f. Gyn.*, 1898. B. d. 57)*(In thèse Gorovitz)*

Femme de 28 ans, trois accouchements normaux. Depuis six mois, mal réglée; en même temps, amaigrissement notable. A l'auscultation, la respiration paraît affaiblie, sans qu'on puisse cependant entendre des bruits anormaux.

Utérus de volume normal, en antéflexion; cavité dilatée, les parois sont molles, flasques, ce dont on se rend très bien compte au moment du curettage qui ramène de nombreux fragments. L'examen microscopique permet d'y trouver de nombreux bacilles et des cellules géantes, sans tubercules bien nets.

A la laparotomie, qui fut pratiquée vingt jours après le curettage, on put voir qu'il s'agissait d'une tuberculose étendue de l'intestin, de l'épiploon et du péritoine pelvien. A cause de nombreuses adhérences, on put seulement et encore à grand' peine, pratiquer le décollement et l'extirpation de la trompe gauche, au niveau de laquelle on nota, de même, des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION CXI

(VASSMER. — *Arch. f. gyn.*, 1898. B. d. 57)*(In thèse Gorovitz)*

Malade âgée de 21 ans, pas d'antécédents tuberculeux. N'a jamais été réglée. Entre à l'hôpital pour des douleurs lombaires, avec sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Rien d'anormal du côté des poumons. L'utérus est en antéflexion; à droite, on sent une tumeur mobile reliée à l'utérus par un pédicule et donnant la sensation d'un fibrome; l'ovaire

gauche paraît augmenté de volume. Trois jours après, on fait la laparotomie, et on peut constater qu'il ne s'agit point d'un myome, mais d'une tuberculose génito-péritonéale, la tumeur n'étant autre chose que la trompe droite dilatée; on fit l'hystérectomie supra-vaginale et la malade quitta l'hôpital 21 jours après l'opération, en parfait état.

A l'examen de la pièce, l'utérus paraît très dilaté, et, par l'incision, on voit s'écouler un liquide épais, brun foncé, mélangé à de petits grumeaux. La surface cavitaire est recouverte d'un enduit épais, brunâtre, et sur la coupe histologique on constate que la muqueuse est transformée en une couche granuleuse, dans laquelle on aperçoit quelques rares tubercules et de nombreuses cellules géantes. La couche musculaire est hypertrophiée. La surface péritonéale de l'utérus est recouverte de tubercules dans lesquels se trouvent des bacilles tuberculeux.

OBSERVATION CXII

(OTTO V. FRANQUE. — *Zeits f. Geb. und gyn.* Bd. XXXVII)

(In thèse Gorovitz)

Il s'agit d'une femme de 34 ans, ayant eu quatre grossesses. Entrée à l'hôpital le 8 février 1897. Bien réglée depuis sept ans, douleurs dans le bas-ventre plus prononcées depuis six semaines. Le mari est mort de tuberculose pulmonaire. A l'examen, utérus en rétroversion; dans le cul-de-sac gauche, on trouve une tumeur du volume d'une mandarine et peu mobile. Dans le cul-de-sac de Douglas, on sent la face postérieure de l'utérus inégale, papillaire. Rien d'anormal dans les autres organes.

Diagnostic. — Tumeur solide de l'ovaire.

Opération pratiquée le 13 février 1897, par colpotomie; on constate que la tumeur présente des adhérences avec les organes voisins; on l'enlève assez difficilement. L'ovaire

droit ne pouvant être libéré, par suite des adhérences, est laissé en place, la trompe seule est enlevée. L'examen microscopique de la pièce montre une tumeur du volume d'une mandarine. La trompe est augmentée de volume. L'ostium abdominale est difficilement retrouvée. A la coupe de l'ovaire, on trouve, au niveau du centre, des cellules géantes et des cellules épithélioïdes caractéristiques de la tuberculose. La trompe, au niveau de son pavillon, présente des lésions de catarrhe aigu.

OBSERVATION CXIII

CORNIL. — *Leçons sur l'anat. Path. des métrites, salp.*

Paris 1889, p. 91

*Tuberculose primitive de l'utérus et de ses annexes, compliquée
de pelvi-péritonite tuberculeuse chronique*

Phlegmon péri-utérin ouvert dans le cæcum.

Septicémie. Mort.

Magne, 23 ans, domestique, entrée salle Lorain, à la Pitié, le 8 janvier 1885 (service de M. Lancereaux). Réglée à 16 ans. Mariée à 20 ans, elle eut un enfant peu après. Le sang des règles est pâle.

L'hémorrhagie dure habituellement de 5 à 6 jours. Dans l'intervalle, elle a des pertes blanches; elle s'est levée trois jours après son accouchement.

Depuis 15 jours, elle est plus souffrante, et se plaint que son mari (très fort selon elle), lui causait de la douleur dans le coït.

Le 8 janvier, elle souffre de tout l'abdomen, surtout à gauche, et présente des vomissements porracés. Il existe en avant de l'utérus un empâtement douloureux.

Dysurie, constipation, ballonnement du ventre. Urine très albumineuse; teinte subictérique des conjonctives; coliques,

diarrhée, fièvre hectique, cachexie progressive, frissons fréquents. Il existe toujours un empâtement douloureux au devant et sur les côtés de l'utérus.

La température a oscillé matin et soir de 38 à 40°.

L'état général s'aggrave et on constate, à l'auscultation, des râles pulmonaires aux bases. Mort.

Autopsie le 8 février.

Nous tombons avec étonnement, non pas sur une péritonite inflammatoire simple, comme on s'y attendait, mais sur des lésions tuberculeuses des organes pelviens, compliquées de granules péritonéale et d'un immense abcès communiquant avec l'intestin.

Le décollement péritonéal se prolonge surtout dans la fosse iliaque gauche et à droite, la cavité purulente communique avec le cœcum par un orifice déchiqueté de 1 centimètre de diamètre.

Le péritoine péri-utérin est semé de granulations tuberculeuses. D'autres points présentent des fausses membranes inflammatoires récentes.

La muqueuse utérine est rouge, congestionnée, épaissie, semée de granulations tuberculeuses dont quelques-unes sont déjà caséuses.

La rate est énorme, les reins blanchâtres et volumineux; le foie, jaunâtre, pèse 2,030 grammes et semble amyloïde. Tous les viscères abdominaux sont unis par des fausses membranes, dont quelques-unes assez anciennes.

Ces fausses membranes sont semées de granulations tuberculeuses qui abondent particulièrement sur le péritoine qui recouvre le foie et l'estomac.

Aucune trace de tuberculose pulmonaire ou pleurale. Hépatisation grise du lobe moyen du poumon droit.

Pneumonie lobulaire disséminée des deux côtés.

La péricarde est enflammée et contient 60 grammes d'un exsudat-fibrineux purulent.

Rien au cerveau.

La muqueuse intestinale ne présente aucune trace de tuberculose. L'aspect de la perforation du cœcum semble prouver qu'elle s'est faite de l'abcès vers l'intestin. Elle est, en effet, très nettement taillée du côté de la muqueuse et fort irrégulière du côté de l'abcès.

Cette malade semble donc avoir succombé à des accidents infectieux à la suite de la communication avec le cœcum d'un foyer purulent développé au niveau des annexes de l'utérus.

L'examen des viscères a prouvé qu'il n'existait pas de tuberculose pulmonaire et il est probable que l'utérus avait été atteint en premier lieu.

OBSERVATION CXIV

CORNIL (id.) p. 93

Tuberculose primitive de l'utérus et de ses annexes

Pelvi-péritonite tuberculeuse.

Mort. Lésions pulmonaires peu accentuées

Cassin, 64 ans. Elle a eu 16 enfants qui sont tous morts en bas âge. Légèrement alcoolique.

Elle entre le 3 janvier, salle Lorain (service de M. Lance-reaux) en se plaignant d'une faiblesse générale. Elle est cachectique et a eu une pleuro-pneumonie, il y a cinq ans.

Quatre jours avant de rentrer à l'hôpital, elle a dû cesser son métier de marchande des quatre saisons et s'aliter.

Elle se plaignait alors de courbature, de maux de reins et de frissons.

Elle présente des râles de bronchite, de l'œdème des membres inférieurs. L'urine est rare, d'odeur ammoniacale, chargée de sels et albumineuse.

La tuméfaction du flanc droit augmente, l'état général s'aggrave. Des râles de bronchite généralisée s'entendent des deux côtés du thorax.

Au commencement de février, l'urine se montre de plus en plus albumineuse. L'œdème s'accroît. On entend au cœur un bruit de galop.

Une escharre se produit au sacrum et la malade meurt vers le 15 février.

À l'autopsie, nous trouvons des lésions d'athérome généralisé et quelques tubercules pulmonaires.

La séreuse péritonéale, en particulier, présente de nombreuses granulations tuberculeuses, remarquablement dures et saillantes, paraissant de date très ancienne. Les trompes sont volumineuses, atteintes de péri-salpingite et en partie caséeuses, ainsi que les ovaires.

La muqueuse utérine et le tissu même de l'utérus sont profondément infiltrés de tubercules caséeux qui donnent, à la cavité du corps, un aspect assez analogue à celui de certains cancers.

Cette observation est curieuse par l'évolution, à l'âge de 61 ans, d'une tuberculose de l'utérus et de ses annexes, peut-être latente depuis longtemps, ayant déterminé, sous l'influence de la fatigue physique, probablement, des lésions aiguës de pelvi-péritonite tuberculeuse et la mort.

OBSERVATION CXV

CORNIL. — *Leçons sur l'anatomie pathol. des métrites salpingites*, Paris 1889. p. 94

*Tuberculose généralisée du péritoine. Tuberculose ancienne de la trompe et de la cavité du corps utérin
Tuberculose récente du poulmon*

La nommée Lemaire, âgée de 78 ans, entrée le 30 avril à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, au n° 37 de la salle Duplay.

Cette malade, cachectique, amaigrie, gâteuse, répond très difficilement aux questions qui lui sont posées, si bien qu'il est à peu près impossible d'avoir des renseignements sur ses

antécédents. Pendant les 10 jours qu'elle reste dans le service, elle a eu de la fièvre avec des exacerbations le soir, la température variant de $38^{\circ}1/2$ et $39^{\circ}1/2$ et même 40° . Elle meurt le 8 mai.

Autopsie faite le 9 mai.

Le péritoine est le siège d'une éruption extrêmement abondante de granulations d'un jaune rosé, nullement ca-séeuses, sans grande rétraction de l'épiploon et du mésentère, sans adhérences des anses intestinales, sans épanchement d'aucune sorte dans la cavité péritonéale.

Cette éruption est plus abondante du côté du petit bassin que partout ailleurs et les organes contenus dans cette cavité sont soudés les uns aux autres, ce qui oblige à les enlever ensemble. Les adhérences qui unissent ces organes sont filamenteuses, assez faciles à déchirer et criblées de granulations. En arrière de la vessie, dont la muqueuse est tout à fait saine, on tombe sur une cavité du volume d'une petite orange; cette cavité est remplie par un liquide glaireux, jaune verdâtre, contenant de très nombreux grumeaux tout à fait jaunes. Une fois le liquide enlevé, on voit qu'elle est tapissée, à sa face interne, par une fausse membrane jaune, pulpeuse, très analogue à celle qui tapisse la surface des cavernes pulmonaires. Cette cavité est bien évidemment la cavité utérine. La paroi qui la limite n'est autre que la paroi du corps de l'utérus très amincie (un à deux millimètres d'épaisseur); elle contient sur un point un myome interstitiel, d'aspect très caractéristique, du volume d'une petite amande. L'utérus, ainsi distendu, est devenu globuleux; son bord supérieur s'est arrondi. Il donne insertion, de chaque côté, à deux cordons du volume d'une plume d'oie qui sont manifestement les trompes; à sa partie inférieure, on trouve le col dont les dimensions sont normales et la cavité remplie de mucus. La muqueuse du col est saine, son orifice interne est complètement atrésié et la cavité de l'utérus ne communique pas avec la sienne.

Le vagin est sain.

Le cordon qui représente la trompe gauche renferme de la matière jaune dans son intérieur et aboutit à un ovaire kystique, enserré de tous côtés par les néo-membranes filamenteuses. Les kystes de cet ovaire sont remplis de liquide clair ; leurs parois sont saines et parfaitement lisses.

La trompe droite est beaucoup plus volumineuse que la gauche ; elle est bosselée, contient des masses jaunes dans sa paroi et dans sa cavité élargie ; elle aboutit à un corps ovulaire, du volume d'un œuf de pigeon, dans lequel une section longitudinale montre des cavités, les unes semblables à celles qui se rencontrent dans l'ovaire gauche, les autres renfermant un magma jaune, caséeux et dont les parois, devenues très épaisses, sont constituées par cette même matière jaune, infiltrée. Le foie, la rate, le rein ne renferment pas de granulations et ne présentent aucune particularité à relever.

Le lobe supérieur du poumon droit est complètement solidifié et ferme, de couleur grise, parsemé de gros nodules jaunes ; tout à fait au sommet, une ou deux excavations anfractueuses, peu volumineuses. La lésion empiète un peu sur le lobe moyen, puis s'atténue et disparaît vers la base.

Le sommet du poumon gauche renferme deux ou trois gros nodules de pneumonie ardoisée, parsemés de granulations disposées sous forme d'arborisation. Pas d'épanchement pleural.

L'examen histologique et bactériologique du muco-pus contenu dans l'utérus a montré une quantité énorme de bacilles de la tuberculose. Il y en avait de 10 à 20 dans chaque champ du microscope à 400 diamètres. Ces bacilles étaient souvent en amas et un peu granuleux, comme on les rencontre dans certains spécimens de crachats.

Cette observation est très intéressante pour la forme des lésions tuberculeuses du corps de l'utérus. La cavité du corps, très dilatée, était transformée en un kyste à parois

minces, par suite de l'oblitération de l'orifice interne du col ; elle était remplie d'un muco-pus, qui contenait une quantité vraiment colossale de bacilles de la tuberculose.

OBSERVATION CXVI

UHLAND. — *Thèse Tübingen, 1886*

(trad. pers.)

S.... 19 ans. Mère morte de tuberculose pulmonaire, Reste de famille bien portant. La malade a été soignée 7 mois pour pâles couleurs; souvent mal de tête, sentiment de fatigue, pas de règles. Depuis février dernier, toux, crachats grisâtres. En février, point de côté dans la poitrine, à gauche. Fièvre et sueurs nocturnes. Miction un peu pénible. Amaigrissement considérable. Etat: aspect anémique, maigre, râles de bronchites, quelques râles secs. Abdomen légèrement augmenté de volume. Matité dans les flancs, l'état va en déclinant. Mort.

Autopsie. — Adhérences de la paroi et de l'intestin. Sur toute la séreuse, revêtement de matière caséuse. On trouve une cavité contenant du pus et de la matière caséuse, s'étendant de l'ombilic au petit bassin dans lequel on trouve une grande quantité de bouillie infecte.

Dans le reste du ventre, la séreuse est détruite sur une grande étendue.

L'utérus et les trompes présentent de nombreuses adhérences caséuses. Oblitération de l'orifice externe des trompes. Dans les trompes, mélange de pus et de matières caséuses. Trompe droite très épaissie. Ovaires cachés dans les adhérences.

OBSERVATION CXVII

(due à M. le docteur BOUILLY)

Péritonite tuberculeuse -- Laparotomie exploratrice
Guérison

B. L..., 22 ans, entrée dans le service de M. Bouilly le 19 novembre 1899; toujours bien réglée, mariée à 18 ans, un accouchement avant terme en 1898. Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre n'empêchant pas la malade de continuer son travail. Depuis six mois son ventre a beaucoup grossi et elle vient à la consultation de la Maternité pour savoir si elle n'était pas enceinte.

Examen. — Etat général bon, ventre augmenté de volume paraissant contenir un kyste peu tendu, siégeant exactement sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic, séparé du foie par une zone nette, d'autre part séparé du pubis par un notable intervalle.

Cette collection ne forme pas tumeur à proprement parler, à cause de sa faible tension. D'autre part, ce kyste paraît se continuer dans le flanc gauche, mais l'examen combiné montre qu'en réalité une autre tumeur, celle-ci du volume d'un gros œuf, adjacente au kyste, en semble cependant indépendante et doit être considérée comme une collection salpingienne.

Le diagnostic porté était: Kyste du mésentère et pyosalpinx gauche.

Laparotomie le 20 novembre. Pas d'adhérences pariétales; anses intestinales très adhérentes les unes aux autres. Après décollement de quelques unes d'entre elles, on voit qu'il n'existe pas de tumeur dans la partie supérieure du ventre, mais que la sensation était donnée par un paquet d'anses intestinales adhérentes les unes aux autres. De trop grandes difficultés empêchant d'arriver sur les annexes gauches, elles sont laissées en place.

A la suite de cette laparotomie, M. Bouilly fut d'avis qu'on s'était trouvé en présence d'une péritonite tuberculeuse consécutive à des lésions tuberculeuses des annexes.

Suites opératoires simples.

Quelques mois après, la malade est revue guérie.

OBSERVATION CXVIII

CHANDELUX. In *Thèse Beauvignon*. Nancy, 1898

Ascite tuberculeuse enkystée — Symptomatique d'une salpingite tuberculeuse — Laparotomie et drainage après salpingectomie — Mort.

M^{lle} M. H... vingt-quatre ans, lingère, entrée le 25 novembre 1890, morte le 27 mai 1891.

Père mort à 67 ans, mère morte en couches.

Trois frères et sœurs morts tout jeunes d'affections inconnues. Un frère et une sœur bien portants.

Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance.

Excellente santé jusque il y a un an, où elle commence à se plaindre d'une sensation de brûlure profonde dans le petit bassin, sans douleur vraie. Depuis deux mois, sensation de douleurs fixes, sans irradiation du côté des lombes ou des membres inférieurs. Au bout d'une semaine environ, le ventre avait grossi jusqu'à atteindre le volume que l'on constate à l'entrée à l'hôpital.

L'abdomen présente une dilatation considérable; la tumeur est sensiblement sphérique, elle est mobile en masse, ne change pas de forme, quelle que soit la situation de la malade. Les deux hypocondres sont libres. Tumeur tendue, rénitente, matité sur toute la surface, sensation de flot facile à obtenir. Pas de douleur à la palpation.

Au toucher combiné avec la palpation, on délimite une tumeur du volume du poing vers la partie latérale gauche de l'utérus.

Leucorrhée abondante.

Faciès très pâle, téguments très anémiés.

Diagnostic. — Tuberculose génitale avec ascite.

Laparotomie. — 24 janvier. — A l'incision du péritoine, issue de deux litres environ de liquide séro-purulent.

A l'exploration manuelle qui suit cette issue, on trouve une grande cavité fermée de toutes parts et recouverte, en différents points, de nombreuses granulations tuberculeuses.

Drainage avec suture partielle. Excision des deux trompes.

La malade succombe le 27 mai 1891, et, à l'autopsie, on trouve une tuberculose généralisée.

OBSERVATION CXIX

SCHMITZ. *Jahrb f. Kinderheilk.* 1897.

In th. Gorovitz. Page 107.

Petite fille âgée de 9 ans; l'enfant eut une crise aiguë avec fièvre, douleurs abdominales, constipation à la fin de septembre 1892. Depuis, le ventre commence peu à peu à augmenter de volume.

En mai 1895, rougeur autour de l'ombilic. Il se forme une tumeur du volume d'un pois qui ne tarde pas à s'ouvrir et qui laisse échapper des matières fécales.

Entrée à l'hôpital, le 15 juillet 1893.

Enfant très amaigrie, ventre augmenté de volume, légèrement sensible à la pression.

Au niveau du bord inférieur de l'ombilic, fistule fécale, d'où s'écoule le contenu de l'intestin grêle.

On sent, dans la cavité abdominale, une tumeur ligneuse dont les limites se trouvent à une distance de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; à ce niveau, matité. Adénopathie inguinale. Pas de fièvre.

Quinze jours après, opération. Laparotomie. Agglutination des anses intestinales. Partout, de nombreuses nodosités

jaunes, ligneuses, de la grandeur d'un pois. Omphalectomie, iodoforme, tamponnement. On laisse la paroi abdominale ouverte.

Dès le lendemain, apparition de matières fécales; la petite malade succomba au 5^e jour après l'opération.

Autopsie. — Nodules sur le péritoine pariétal et viscéral, sur le foie, la rate, les intestins.

Tumeur perforante au niveau de l'iléon.

Ganglions mésentériques caséeux.

Muqueuse intestinale tuméfiée, sans lésions tuberculeuses; poumon droit sain et gauche, dilatation bronchique.

Utérus épaissi; la cavité utérine dilatée est remplie d'un pus caséeux. La muqueuse est couverte d'une couche caséuse adhérente.

OBSERVATION CXX

SCHMITZ. *Jahrb für Kinderheilk*, 1897

In thèse Gorovitz. p. 106.

Petite fille de vingt-deux mois.

Depuis deux mois, le ventre commence à grossir; diarrhée depuis trois semaines.

À l'entrée à l'hôpital, enfant anémique pesant 7.560 grammes. Ventre considérablement augmenté de volume, tendu. À droite, on sent une tumeur ligneuse qui atteint le foie. Pas d'épanchement libre dans la cavité péritonéale.

Pas de diarrhée, plutôt constipation. Température tantôt normale, tantôt un peu de fièvre.

Septième jour de l'entrée, laparotomie.

Agglutination des anses intestinales formant une masse unique; dans les intervalles des nombreux foyers caséeux, pas d'exsudat liquide. Mort: 5 jours après la laparotomie.

Autopsie. — Très peu de tubercules sur le péritoine.

Trompe gauche dilatée par des masses caséuses, qui apparaissent au niveau de l'orifice abdominal.

Cavité utérine remplie de masses caséeuses; ici même, comme une ulcération tuberculeuse. Muqueuse intestinale saine.

Dégénérescence graisseuse du foie.

Rate ramollie, non augmentée de volume.

Les deux poumons présentent de petits foyers caséeux.

OBSERVATION CXXI

MOSSLER. *Thèse Breslau*, 1883.

In thèse Gorovitz, p. 106.

Clara S..., deux ans et demi; pleurésie séro-fibrineuse et fibreuse chronique. Pneumonie catarrhale gauche. Tuberculose pulmonaire droite. Péritonite chronique. Péri-salpingite fibreuse partielle tuberculeuse.

Les deux trompes sont fortement tuberculeuses, augmentées de 4 fois leur volume ordinaire, de couleur jaunâtre; toute la paroi n'est plus qu'une masse caséeuse.

Le péritoine qui les revêt montre quelques tubercules. L'utérus est légèrement grossi, rempli de matières caséeuses. Les deux ovaires ont subi la même dégénérescence.

OBSERVATION CXXII

CROFFORD. *Améric. journ. obst.* 1894.

In th. Gorovitz, page 103.

Femme de 35 ans, vient consulter en juin 1893.

Son histoire fait penser à une inflammation pelvienne.

Laparotomie. — Péritoine épaissi, annexes adhérentes partout, présentant des lésions tuberculeuses très avancées. Extirpation.

La malade guérit de son opération, mais elle succombe plus tard d'un étranglement interne.

OBSERVATION CXXIII

CROFFORD. — *Améric. Journal of Obstet.*, 1894.

In thèse Gorovitz. Page 103

Femme de 45 ans ; l'abdomen est tellement distendu qu'il est difficile d'apprécier s'il s'agit d'une ascite ou bien d'une tumeur abdominale. Par une petite incision, on fait évacuer le liquide ascitique. Les trompes et les ovaires tuberculeux sont extirpés. Le péritoine est couvert de tubercules. La malade retourne chez elle, mais, quelques mois plus tard, elle revient avec un nouvel épanchement surtout localisé à gauche. Son état général rend une nouvelle intervention impossible et la malade succombe quelques jours après.

A l'autopsie, on trouve une collection séropurulente à gauche de l'ombilic.

L'auteur considère que, dans ce cas, la péritonite tuberculeuse évolua secondairement à la suite des foyers tuberculeux primitifs, au niveau des trompes et des ovaires.

OBSERVATION CXXIV

CROFFORD. — *Améric. Journ. Obstet.*, 1894

In thèse Gorovitz. Page 103

Femme de 27 ans, mariée depuis cinq ans, pas d'enfant. Pas d'antécédents tuberculeux.

A l'examen, on trouve deux tumeurs de chaque côté de l'utérus.

Laparotomie. On constate une péritonite adhésive, en même temps que des lésions tuberculeuses des annexes, qui furent extirpées.

La malade guérit et a été revue en bonne santé.

OBSERVATION CXXV

FREES. — *Deutsch Medic. Woch.*, 1894

In thèse Gorovitz. Page 102

Femme de 20 ans. 1893.

Depuis la fin d'avril, tuméfaction du ventre.

Examen de l'abdomen, ascite, tumeur ovarique droite.

Laparotomie. — 10 juin 1893. — Légère quantité de liquide clair. Péritoine épaissi, parsemé de nodules d'un gris blanchâtre. Extirpation d'un kyste ovarique droit et d'un pyosalpinx avec contenu caséeux. L'examen microscopique confirme la tuberculose des trompes.

12 juillet. — La malade quitte l'hôpital en bon état de santé, plus d'ascite.

OBSERVATION CXXVI

(FREES. — *Deutsch Medic. Woch.*, 1894)

(In thèse Gorovitz, p. 102)

A. S...; 27 ans. 1891.

Il y a quatre ans, accouchement; pleurésie il y a un an.

22 juin 1891. — Circonférence du ventre, 89 cm. Trompe gauche tuméfiée, trompe droite plus altérée, épaissie, nodulaire.

Laparotomie. — 1^{er} juillet 1891. — Le péritoine abdominal et le mésentère adhèrent fortement à une masse nodulaire. Evacuation d'un litre de liquide verdâtre. Adhérences très marquées dans le petit bassin. Péritoine couvert de nodules tuberculeux, surtout au voisinage de la trompe. Extirpation des deux trompes. Drainage. La malade guérit; elle fut revue en 1894, en bon état, sans trace d'ascite.

OBSERVATION CXXVII

HEIBERG. — *In thèse Gorovitz. P. 101*

R. M... 19 ans, sans antécédents tuberculeux, fièvre, vomissements, diarrhée, signes de péritonite chronique.

Autopsie. — Les deux trompes épaissies, adhérentes à l'ovaire sont infiltrées de matières caséuses. Nodules caséux dans l'ovaire droit. Tuberculose de l'utérus. Poumons, intestins sains. Péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION CXXVIII

(Recueillie dans le service de M. le Docteur TERRILLON)

(Inédite)

P... Marceline, 21 ans, domestique, entrée à la Salpêtrière le 7 juin 1895.

Père bien portant, mère morte d'une maladie aiguë; 4 sœurs, 3 bien portantes, une morte à 15 ans, longtemps malade, ventre gros. L'an dernier, fièvre muqueuse, 5 semaines au lit.

Réglée à 16 ans, très anémique à ce moment, les règles durent 8 jours, assez abondantes. Elle n'a pas de pertes blanches.

Le 1^{er} mai, elle perd en avance de 15 jours; le 20 mai, nouvelle perte pendant 8 jours. Depuis deux mois, elle sent son ventre grossir et devenir douloureux, l'augmentation est assez rapide. Elle maigrit depuis deux mois, ne mange plus. Actuellement, ventre très gros, matité à gauche et en bas, sonorité en haut et à droite, ne se déplaçant pas suivant la position de la malade: sensation de flot très nette, pas de tension dans la masse liquide.

Respiration soufflante au sommet droit. Laparotomie par le Docteur Beurnier.

Incision. — Peu de liquide, adhérences considérables entre l'intestin, la paroi et les organes du petit bassin. Impossibilité de détruire ces adhérences.

Fermeture de la paroi. Suites opératoires bonnes.

Nous avons su depuis, que la tuberculose pulmonaire avait continué à évoluer.

OBSERVATION CXXIX

(Due à M. le Docteur BOUILLY)

(Inédite)

B... 35 ans, grossesse à 20 ans, aurait été prise d'accidents abdominaux après son accouchement et aurait subi, deux mois plus tard, une ponction qui aurait ramené 10 litres de liquide. Depuis ce temps, fréquentes douleurs abdominales augmentant depuis 3 ans.

Janvier 1890. — Apparence de collection dans la fosse iliaque droite. Rénitence du côté gauche, avec dépression du cul-de-sac correspondant.

Laparotomie. — 6 janvier 1890. — Adhérence de l'épiploon, anses intestinales, solidement agglutinées, formant une masse quasi solide. Pas de tumeur, ventre refermé, suites simples.

La ponction faite 15 ans auparavant avait guéri l'ascite consécutive à la poussée de tuberculose alors récente.

OBSERVATION CXXX

(Due à M. le Docteur BOUILLY)

(Inédite)

Eug. T... 22 ans, entrée le 2 juillet 1900. Pavillon Velpeau, lit 10.

Pas d'antécédents héréditaires. A toujours été faible, toussant facilement; pleurésie durant 1 mois 1/2.

Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'à 21 ans. Il y a une année, les règles deviennent irrégulières avançant le plus souvent. La malade a toujours perdu en blanc; quelquefois, ces pertes blanches abondantes remplaçaient les règles. Ventre souvent ballonné.

Il y a trois semaines, la malade s'alite à cause de douleurs violentes du ventre avec ballonnement. Depuis 5 jours, les douleurs sont calmées.

Laparotomie. — 10 juillet. — On vide environ 1 litre de liquide séreux et hémorragique.

Adhérences nombreuses. Les trompes sont finalement enlevées, elles sont remplies de pus caséeux.

Drainage. — Mort le 11 juillet.

Autopsie. — Adhérences pleurales multiples.

Sommet gauche du poumon en voie d'infiltration.

Le péritoine est partout épaissi. En certains points, infiltration tuberculeuse. Les adhérences sont beaucoup plus fortes dans le petit bassin. L'utérus et les ovaires sont très adhérents et difficiles à enlever.

Sur les anses intestinales, nombreuses granulations tuberculeuses.

OBSERVATION CXXXI

Due à M. le Docteur BOUILLY

(Inédite)

15 ans, grande fillette, habituellement bien portante sans crise antérieure analogue, présente depuis 15 jours des phénomènes généraux qui ont d'abord fait penser à la grippe, puis douleurs abdominales avec 38-39°, nausées, vomissements, sensibilité du ventre qui est ballonné, présentant une tuméfaction formant globe à un travers de main au-dessus du pubis. Par le toucher rectal on constate qu'elle est derrière l'utérus; elle est rénitente, presque fluctuante.

La région de l'appendice n'est pas plus sensible que le reste du ventre.

Les diagnostics les plus divers ont été formulés par les meilleurs médecins et je conclus qu'il ne peut s'agir que de trois choses : péritonite tuberculeuse, ou à pneumocoques, ou d'un kyste dermoïde en voie d'infection.

Devant l'aggravation des symptômes, je propose une intervention.

Laparotomie. — Le 25 octobre 1900.

Plan incliné, incision de la paroi abdominale. Les différents organes du petit bassin disparaissent sous un certain nombre de poches, de volume variable ; l'intestin descend et adhère. Une 1^{re} poche, grosse comme une orange, occupe le milieu du petit bassin, 30 à 40 grammes de liquide séreux. Une autre poche au-dessous et à gauche, à parois plus épaisses. Elle semble intraligamenteuse. Elle contient du liquide séreux. D'autres poches apparaissent plus petites, à contenu gélatineux. Tout cela, c'est de la péritonite séreuse.

En recherchant les annexes, on décolle une poche de laquelle s'échappent des flots de liquide séro-purulent. On éponge et après avoir drainé, on referme le ventre.

On avait donc une péritonite tuberculeuse autour d'annexes malades ; une partie de ces poches avaient suppuré (Inoculation positive).

28 octobre, issue de matières fécales par la plaie.

Mars 1901, la fistule est fermée.

La jeune fille est actuellement très bien portante, n'a jamais eu depuis aucun accident.

OBSERVATION CXXXII

Communiquée par M. le Docteur MAUGER

(Inédite)

M. C..., 25 ans, une sœur a été opérée par M. Segond, pour salpingite tuberculeuse, par hystérectomie vaginale. Régliée à 14 ans, très irrégulièrement jusqu'à son mariage.

Régulièrement depuis son mariage, il y a deux ans. Très bien portante, n'a jamais toussé. Une sœur de son mari est morte phtisique. Pendant les six premiers mois de son mariage, règles normales, fleurs blanches. M. le docteur Boissard, consulté, trouve un peu de salpingite.

Après 6 mois de mariage, à propos d'un voyage en Suisse, pertes de sang abondantes durant six jours. L'hémorrhagie ayant cessé, M. le docteur Boissard trouve une grosseur très appréciable.

Les pertes reviennent tous les mois, mais sans douleurs. La malade accuse une vive douleur, profondément située, pendant les rapports sexuels, et cela dès les premiers jours. Entre temps, affaiblissement général, fatigue continuelle.

15 août 1902. — Crise de pelvipéritonite, vomissements, ballonnement du ventre. La malade a de la fièvre à maximum matutinal.

Novembre 1902. Tumeur du cul-de-sac postérieur, adhérente à l'utérus, repoussée en avant, dure, douloureuse, bosselée, semblant appartenir aux annexes droites. On sent également les annexes gauches plus haut situées, douloureuses, moins volumineuses.

L'utérus semble augmenté de volume.

Laparotomie le 9 novembre 1902, par M. le docteur Bouilly.

Pas de liquide ; intestins sains, sauf dans le petit bassin ; ils adhèrent aux annexes et à l'utérus. Décollement des annexes gauches adhérentes à l'intestin. Un point de suture sur l'intestin. Les annexes droites plus profondes et prolabées en arrière sont enlevées ; elles adhèrent aux parois par des masses caséeuses. Curettage de la cavité qui les contenait. Drainage. Trompe gauche repliée sur elle-même, du volume d'un œuf de poule, remplie de matière caséeuse, muqueuse remplacée par un enduit de cette substance qui, à la coupe, envahit les parois de la trompe. Son extrémité est confondue avec l'ovaire qui est kystique.

Trompe droite moins volumineuse, oblitérée dans ses 2/3

internes, son 1/3 externe est du volume d'une noix, plein de matière caséuse. Ovaire adhérent et apparence saine. Pas de bacilles dans les trompes.

L'ovaire ne présente pas de lésions tuberculeuses. Dans la trompe, on trouve une infiltration cellulaire de la muqueuse avec des cellules géantes.

La malade fait une fistule stercorale accompagnée au début d'une vive réaction péritonéale. Elle rentre chez elle en bonne santé.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A

- ABBE. — *Med. News*, 1^{er} août 1896.
- ACCONCI. — *Tuberculose de l'ovaire* : *Centralbl. f. patholog. und anat. pathol.*, 1894, p. 629.
- ADENOT. — *Tuberculose primitive de l'utérus, etc.*, *Gaz hebdomadaire*, 11 sep. 1902.
- ALBAN DORAN. — *Tuberculose des annexes et du péritoine*. *British. Méd. Journ.* 21 oct. 1893.
- ALDIBERT. — *Thèse Paris*, 1892.
- ALDIBERT. — *Gazette hebdomadaire*, 7 mai 1892.
- ALIBERT. — *Péritonite tuberculeuse avec ascite*. *France médicale* 23 juillet 1897.
- ALTERHHUM. — *Tuberculose des trompes et du péritoine pelvien*, *Beitr. z. Geb. und. gynec.* I, H 1. 1898.
- ALLEAUME. — *Thèse de Paris*, 1894.
- AMANN. — *Congrès de Rome*, 1902.
- ANGIRANY. — *Thèse Montpellier*, 1896.
- ANIBALI. — *Spérimentale*, juin 1888.
- ARAN. — *Union Médicale*, 1858, n^{os} 93-94.
- AUDION. — *Gazette hebdomadaire*, 3 février 1898, 6 mars 1898.

AUDRY. — *Lyon Médical*, 6 nov. 1887, page 327.

AUSSET. — *Echo Médical du Nord*, 12 février 1898.

AUVRAY. — *Société anatomique*, 1893.

B

BARBIER. — *Gaz. Méd. de Paris*, 8 sept. 1888.

BAROZZI. — *Archives Générales de Médecine*, 5 février 1898.

BATIGNE. — *Thèse Paris*.

BAUMGART. — *Deuts. med. Woch. Leipzig und Berlin* XVII,
p. 19, 22, 1901.

BEAUSSENAT. — *Thèse de Lyon*, 1892.

BEAUVIGNON. — *Thèse de Nancy*, 1898.

BEGOUIN. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1899, n° 49,
1900, n° 30, p. 437-438.

BENVENUTI. — *Cliniq. mod. Pise*, 1901, p. 73 et 81.

BERNHEIM. — *Leçons de clinique médicale*, 1877.

BERNUTZ. — *Cliniq. des mal. des femmes*, 1861-62, t. II.

BERNHEIM. — *Congrès des Sciences Médicales*, Paris, 2 août
1900.

BESNIER. — *Dictionnaire encyclopédique*, article *Ascite*.

BIAT. — *Thèse de Paris*, 1884, n° 169.

BOARI. — *Accad. medic. chirurg. Ferrara*, 1896, 15 décembre
et 1900.

BOHMANN. — *Thèse Wurzburg*, 1901.

BOUILLY. — *Semaine gynécologique*, 24 mars 1896.

BOUILLY. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 et 18 octobre
1893.

BORSCHKE. — *Archiv. für pathol. anat.*, 1893, CXXII. 1

BOULLAND. — *Thèse de Paris*, 1885.

BOURIGAULT. — *Thèse Paris* 1894.

BRACHET. — *Thèse Lyon*, 1898.

- BRAULT. — *Gazette des Hôpitaux*, 14 juillet 1898.
BRAYE. — *Thèse de Paris*, 1901-1902.
BREUS. — *Wien. Méd. Wochenschr.* 1877. N° 14.
BRISSAUD. — *Etude sur les tub. locales*, Paris 1880.
BROCA. — *Congrès de Chirurgie*, Paris 1889.
BROCKMANN. — *Thèse de Erlangen*, 1895.
BROESE. — *Zeitsch. f. Geburts.* XXXVI, page 180, 1897.
BROUARDEL. — *Thèse Paris*, 1865.
BRUHL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1890.
id. — *Manuel de Médecine*, tome V, pages 630 et 655.
1895.
BRUEN. — *Philad. county med. soc.* 26 nov. 1887.
BUCQUOY. — *Journal de Médecine et de Chir. pratique*, 1878.
BULIUS. — *Verhandl d. deuts. Gesellsch. f. gyn.* VIII, 1899.
BULLITT. — *Louisville mouth. J. M. à S.* 1900.
BUMM. — *Berlin. klin. Woch.* 18 sept. 1892.
BUSCARLET. — *Société Anatomique*, 1891, page 72.
BYRON-ROBINSON. — *Journ. améric. med. assoc.* 2 mai 1896.

C

- CAILLÉ. — *Arch. ped. de N. Y.*, 1900. XVII, pages 401, 408.
CAMPANA. — *Baccoglitore med.* Août 1888, N° 5.
CARRÉ. — *Congrès de Toulouse*.
CAYLA. — *Progrès médical*, 1882.
CAZENEUVE. — *Montpellier. De la tuberculose des annexes*, in-8.
1901.
CASINARI. — *Riforma medica*, 28 février 1894.
CECCHERELLI. — *Gaz. d'ospit.* 1887. N° 73.
id. — *Riforma medica*, 11 août 1892.
CELLIER. — *Thèse Toulouse*, 1896.
CHANDELUX. — *Province médicale*, 2 nov. 1889.

- CHEYNE. — *The Lancet*, décembre 1898.
id. — *Brit med. journal*, décembre 1900.
CHUDOWSKY. — *Pest. med. chir. presse.* Buda Pesth, XXXVII,
p. 53, 76, 97. 1901.
CLAISSE ET DARTIGUES. — *Société anatomique*, février 1900.
CLAVIER. — *Thèse Paris*, 1895.
COLLE. — *Soc. centr. de méd. du Nord*, oct. 1901.
CONDAMIN. — *Archives provinciales de chirurgie*, nov. 1896,
p. 690, et *Province médicale*, 25 mai 1895.
CONITZER. — *Deust. medic. Woch*, 1893, n° 29, page 688.
CORDIER. — *Journ. med. assoc.* Chicago, 1900. XXXV, p. 1132,
1135.
CORNIL. — *Société anatomique*, 1887, page 270.
CORNIL. — *In études expérimentales et clin. sur la tuberculose*,
par Verneuil. Paris 1887, t. III.
COURTIN. — *Bulletin médical*, 3 mai 1893.
COURTOIS-SUFFIT. — *In Traité Charcot-Bouchard*. 1892, t. III.
CONSTENSOUX. — *Société anatomique*, 3 décembre 1897.
COUSYN. — *Thèse, Paris*, 16 juillet 1903, n° 481.
CRILE. — *Annales of gynec. and ped.* Septembre 1898.
CRISTOFORIS. — *Annales universelles de Méd.* 1858 t. LXV.
CUTTS. — *West. méd. rev. Lincoln* 1901, VI, pages 241-244.

D

- DACLIN. — *Thèse Lyon*, 1897.
DAURIOS. — *Thèse Paris*, 1889.
DAUWERS. — *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.* 1899,
n°s 3, 4.
DEAVER. — *Méd. News*.
DELAGENIÈRE. — *Société anatomique*, juillet 1890, p. 383.
DELBET. — *Suppurations pelviennes*, page 64.

- DEMMLER. — *Société de chirurgie*, 3 janvier 1894.
DÉMOSTHÈNE. — *Congrès de chirurgie*, 1889.
DERVAUX. — *Thèse*, Paris 1902.
DERVILLE. — *Thèse*, Paris, 3 novembre 1887.
DESCAMPS. — *Annales de l'Institut de Chirurgie*, Bruxelles, 1900. VII. 240, 243.
DOBROKLOWSKY. — *Archives de médéc. expériment. et d'anat. pathol.*, 1890.
DOBROKLOWSKY. — *Vratch.*, 19, 20. 1895.
DUDEFOY. — *Société anatomique*, 1889, page 195.
DUENAS. — *Cron. méd. quir. de la Habana*, 1901. tome XXVII.
DUHRSEN. — *Berlin. klin. Woch.* page 483. 31 mai 1897.
DUPLAY. — *Bulletin médical*. 6 juillet 1898.
id. — *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, 1900, pages 150, 166.
DURÉ. — *Journal de médecine de Lille*, 31 juillet 1897.

E

- EDEBOHLS. — *Transact. of americ. gyn. soc.* Septembre 1891.
EDMUNDS. — *Transact. of the pat. soc. London*, 1889.
ELDER. — *Provinc. medic. journ. Leicester.* 1^{er} juin 1891.
ELMASSIAN. — *Thèse*, Paris 1890.
ELLIOT. — *Amer. journ. of obstetr.* Février 1890, page 642.
EMANUEL. — *Zeit. f. geburts*, XXIX, 1894.

F

- FAITOUT. — *Société anatomique*, juin 1897.
FALCONE. — *Arte médi.* Naples 1900, II, pages 161, 165.
FAURE. — *Congrès de Rome*, 1902.
id. — *Chirurgie des annexes*, Paris, 1902.

- FAURE-MILLER. — *Société anatomique*. 21 mars 1890, p. 168.
FEHLING. — *Corresp. blatt für schw. Aerzte*, 15 octobre 1887.
FERNET. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1885, p. 480 et 26 décembre 1884.
FILATOFF. — *Gaz. hebdomadaire*, 1897, n° 78, page 935.
FIRCHOU. — *Thèse de Breslau*, 1897.
FOA. — *Giornale accad. d. med. d. Turino.*, fév. 1892.
FRANCK. — *Berlin. klin. Woch.*, n° 6.
FRANKENBURGER. — *Münch. méd. Woch.*, 17, page 317; 1893.
FREES. — *Deuts. med. Woch.*, 1894, n°s 45-46.
FRERICHS. — *Thèse Marburg*, 1882.

G

- GABEL. — *Wien. Med. Woch.*, 1898, n° 39.
GALLAND. — *Americ. Journ. of obstet.* octobre 1899.
GALVANI. — *Tuberculose péritonéale chronique*. Athènes 1901.
W. GARDNER. — *New-York médical Journal*, 8 mars 1890, page 274.
GARDNER. — *Montréal méd. soc.* Janvier 1889.
GATTI. — *Archiv. für. klin. chir.*, 1896, Vol. 53 p. 709.
GATTI. — *Giorn. accad. méd. Torino*, 1896.
GEHLE. — *Thèse Heidelberg*, 1881.
GEIL. — *Thèse Erlangen*, 1854.
GEMMEL. — *Brit. méd. Journal*, 6 déc. 1902.
GLOCKNER. — *Beitrag. zur Geburts. und gynec.*, 1901, vol. 5.
GLIMM. — *Thèse Greifswald*, 1899.
GODART. — *Polyclinique*, Bruxelles, 1900, IX, 104, 108.
GOLDENBERG. — *Deuts. medic. Woch.*, 10 janvier 1895.
GOROVITZ. — *Thèse*, Paris 1900.
GOROVITZ. — *Revue de Chirurgie*. 1901 n° 4.
GRANT. — *Philadelphie medic. Journ.* 1900. VI. p. 1057.

- GRIFFITH.— *Arch. fur. gynec.*, 6 novembre 1888.
GROSSISH. — *Petersbourg médic. chirurg. presse*, 1888, n° 33.
GUILLEMAIN.— *Revue de Chirurgie*, décembre 1894.
GUILLEMARE.— *Thèse Paris*, 1897.
GUZZO. — *Bull. de la soc. anatom.* Naples, 1846.
GUZZONI ONCARONI. — *Rivista di obs. e. gin.* 1890 nos 21-22.

H

- HABERSHON.— *London pathol. soc.* 1^{er} mai 1894.
HAENE. — *Thèse Rostock*, 1889.
HAGELSTAM. — *Finska läkar handl*, 1896, p. 501.
HARTLEY. — *Leeds and West riding med. chir. soc.* 11 janvier 1889.
HARTMANN ET ALDIBERT. — *Annales de gynécologie*, juin 1892.
HAWKINS.— *St-Thomas hosp. rep.* XX.
HEGAR. — In-8, Stuttgart, 1886. *La tuberculose génitale de la femme*.
HEGAR. — *Deuts. méd. Woch.* 4 novembre 1897.
HEIBERG.— *Intern. beitrage zur Wissensch. mediz*, 1891.
HEIDENTHALER. — *Wien. Klinis. Woch.* 1891.
HEIDENHEIM.— *Wien. Klinis. Woch.* 1894.
HELLIER.— *Leeds and West' riding méd. chir. soc.* 2 décembre 1892.
HEMEY. — *Thèse Paris*, 1866.
HENDRIX. — *La polyclinique de Bruxelles*, 1^{er} septembre 1893.
HENOCH. — *Société de méd. interne de Berlin*, 16 nov. 1891.
HERARD. — *Bulletin de la soc. anatom.*, 1846.
HERRINGHAM. — *S. Barth. hosp. rep.*, 1894.
HENSE. — *Thèse Munich*, 1897.
HEIDENREICH. — *Semaine médicale*, 19 décembre 1888.

- HILDEBRAND. — *Gazette hebdomadaire*, 1899.
HODGSON. — *Brit. gyn. journal*, février 1900.
HOFBAUER. — *Arch. für gyn.* LVI, p. 395, 1898.
HOFFMANN. — *Bayer. aertzl. intelligenzblatt*, 1867, n° 3.
HOFMEIER. — *Handbuch der Krank. und d. weibl. geschl.*, 1897,
p. 237.
HOMANS. — *The Lancet*, 11 février 1888.
HOLME. — *Annal. of gynec.*, octobre 1896.
HORTELOUP. — *Gazette médicale de Paris*, 18 juin 1892.
HOWAR. — *Americ. medec.* vol. III, n° 19. 10 mai 1902.
HUGUENIN. — *Concours médical*, 3 avril 1897.
HUNERMANN. — *Arch. f. gyn.* Bd., 47, 1893.

I

- INGIANNI. — *Clin. med. ital.* Milano, 1900.
ISRAEL. — *Deutsch. medic. Woch.*, 1896, p. 5.

J

- JABOULAY. — *Médecine moderne*, 11 décembre 1893.
JACKSCH. — *Arch. f. path. anat.* XVII-I. 1896.
JACOBS. — *Centralblatt f. gin.*, 1893, p. 75.
JACOBS. — *Semaine gynécologique*, 1898, p. 151.
JACOBS. — *Société de gyn. et d'obstétr.* Bruxelles, 1900. XI,
page 21-25.
JACQUOT. — *Thèse Paris*, 27 juillet 1888.
JAECKH. — *Virchow's Archiv.* Bd. 142.
JAENICKE. — *New York medic. record.*, avril 1894.
JALAGUIER. — *Traité de chirurgie*, t. VI.
JAMESON. — *Buffalo. med. journal*, mai 1899.

JEANNEL. — *Congrès de Toulouse*, 1887.

JEANNEL. — *Gazette hebdomadaire*, 25 mai 1888.

JOHN. — *Tubingen*, 28 pages.

JOHNSON. — 1817.

JORDAN. — *Beitrag Z. Klin. chirurg.* XIII, 1895.

JOLLY. — *Thèse Paris*, 1898.

JORFIDA. — *Clin. chir.*, 1898, n^{os} 5, 6, 7, 8. *Tre casi di tuber. primit. degli annessi.*

K

KAUFMANN. — *Zeitsch. f. Geb. und. gyn.* Bd. 29, page 135.

KEETLEY. — *The Lancet*, 15 novembre 1890, page 1028.

KELLY. — *John Hopk. Hosp. Prep.* 1890. Vol. II, page 201.

KIRCHENSKY. — *Centralbl. f. pathol. anat. und allg. path.*, 15 novembre 1893, n^o 21.

KIRMISSON. — *Congrès de la tuberculose*, 1891.

KISSEL. — *Arch. f. klin. chirurgi*, 1902, volume LXV, 2, page 373.

KIWISCH. — *Klin. Vorträge*, 1847, I., S., 464.

KLEBS. — *Billroth. Lu. Handbuch d. Frauenk.* Bd. II., 3, 702.

KLOB. — *Pathol. anat. der weibl. Sexualorg.*, 1869.

KNAGGS. — *Brit. méd. journ.*, novembre 1887.

id. — *London clin. soc.*, 28 octobre 1887 et 11 novembre 1892.

KNARPMANN. — *Thèse de Bonn.*, 1897.

KNAUER. — *Beitrag. z. pathol. anat. d. Tubentubercul. in Arch. Gyn.* 1899.

KÖNIG. — *Centralblatt. f. chirurg.*, 1884.

id. — *Berlin, klin. Woche*, 1890, page 739, et 1901. Bd. XXXVII, page 226.

KÖNIG. — *Centralb. f. chirurg.* Leipzig, 1890.

KOTSCHAU. — *Arch. f. gynec.* Bd. 31. 1887.

- KRASKE. — *Zieglers Beitrag. zur path. anat.*
KRAUS. — *Wien. Monats. f. geburts. und gyn.* Volume XV.
KRETZ. — *Centralb. f. gynec.* 1893.
KRZYWICKI. — *Zeigler's Beitrage.* Bd. III, 1888
KUEMMEL. — *Berlin. Klin. Woch.* 11 août 1890.
id. — *Arch. clin.* Berlin, 1888, Bd. 37, pages 39 et 52.
KUMMEL. — *Deuts. méd. Woch.* N° 52, pages 1076 et 1889.
id. — *Wien. méd. Woch.* 1889.
id. — *Centralb. f. chirurgie*, 1887, n° 25.
id. — *Arch. f. clin. chirurg.* 1888.
KUNDRAT. — *Arch. fur gynec.* Berlin, 1901. LXV, p. 75 et 94.
KURZ. — *Wiener med. presse*, 14 janvier 1894.

L

- LABBÉ. — *Congrès de Chirurgie*, Paris, 1889.
LADINSKI. — *New-York méd. Rec.* 11 janvier 1902.
LAMANDÉ. — *Thèse*, Paris 1896.
LANDAN. — *Przegl. Krakow*, 1900, n° 39, page 537, et *Jahrb. f. Kinder.* 1901, page 222.
DE LAFONT. — *Thèse*, Toulouse, 1893.
LANNELONGUE. — *Coxo-tuberculose*. Paris, 1886, page 36.
LARGEAU. — *Société de chirurgie*, 1888.
LASSERRE. — *Thèse*, Paris, 1894.
LAUENSTEIN. — *Centralb. f. klin. chir.* Bd. XXII. n° 42.
LAUPER. — *Deuts. zeitschr. fur. Leipzig*, 1901. LIX, p. 281.
LAUWERS. — *Médecine moderne*, 1892, p. 606.
LECLERC. — *Société méd. des hôpitaux*. 10 novembre 1893.
LE DENTU. — *Sem. gynécologique*, 1899 et 1900, p. 57 et 65.
LE DENTU et BONNET. — *Sem. gynécolog.*, 1901, p. 129 et 137.
LEBERT. — *Arch. fur. gynec.* Bd. IV, p. 457.
LEGUEU. — *Semaine médicale*, 10 février 1894.

- LEJARS. — *Société de chirurg.*, 15 juin 1898, et *Gaz. des hôp.*, 8 décembre 1891.
- LENHART. — *Médical Record*, 26 octobre 1895.
- LENOIR. — *Thèse*, Lille, 1895.
- LEPETIT. — *Société anatomiq.*, Paris, 4 novembre 1892.
- LEVI. — *Thèse*, Paris, 1898.
- LEVI-SIRUGUES. — *Revue de médecine*, août 1897.
- LÖHLEIN. — *Deuts. med. woch.*, 1889, n° 32, p. 643 et 1900, XXVI, p. 621.
- LOUIS. — *Recherches sur la phthisie*, 1825.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Société de chirurgie*, décembre 1888.
- LUKASIEWICZ. — *Thèse*, Dorpat, 1881.

M

- MAG ARDLÉ. — *Americ. journ. of. obste.*, décembre 1896.
- MACNAUGHTON. — *Brit. gyn. journal*, 1901.
- MAG NUTT. — *Journ. améric. med. assoc.*, 28 juillet 1894.
- MACKENRODT. — *Zeitschr. f. geb. und gyn.*, XLIII, 1899.
- MADLENER. — *Centralb. f. gyn.*, 1894, p. 529.
- MANGIN. — *Marseille médical*, 1892, I., p. 29.
- MANNHEIMER. — *New York méd. Monat.*, 1900, XII.
- MARTIN. — *Congrès de Rome*, 1902.
- MARGARUCCI. — *Académie de Médecine*, Rome, 1895.
- DE MASSIA. — *Thèse*, Paris, 1891.
- MATHIEU. — *Thèse*, Paris, 1900.
- MATHIS. — *Thèse*, Paris, 1890.
- MAUCLAIRE. — *Tribune médicale*, 1893.
- MAUCLAIRE et ALGLAVE. — *Société anatomique*, décembre 1899.
- MAURANGE. — *Thèse*, Paris, 1889 et *Gaz. hebdom.*, 26 sept. 1897.
- MAYO-ROBSON. — *The Lancet*, septembre 1888.
- MEINERT. — *Berlin Klin. woch*, 18 octobre 1886.

- MENETRIER. — *Société anatomique*, Paris 12 juillet 1889.
MERKEL. — *Zeits. f. Geburts*, 1898. XXXIX, p. 1.
MICHAELIS. — *Beitrag. zur. Geburt. und gynec. Leipzig*, 1900.
III, p. 21.
MIXTER. — *Boston Méd. Journ.*, 4 mai 1893.
MOIZARD. — *Journal des Praticiens*, 1900, XIV, p. 497-500.
MONNIER. — *Revue de clin. et de thérapeut.* 11 novembre 1891.
MONTAZ. — *Dauphiné médical*, 1^{er} mars 1894.
MONTI. — *La médecine infantile*, 1^{er} mars 1898.
MONTINI. — *Gazz. d'ospit.* Milan 1901 XXII, 309-310.
MOSETIG-MOORHOF. — *Wiener med. Presse.* 1^{er} janvier, 2 juillet 1893.
MOSLER. — *Thèse Breslau*, 1883.
MUNSTERMANN. — *Thèse Munich*, 1890.
MUNSTER ET ORTMANN. — *Archiv. f. gyn.* XXIX, 1, 1886.
MURTRY. — *Ann. gyn.*, Boston, 1888.

N

- NANOTTI. — *Riforma medica*, 21 juin 1893, p. 795.
NANOTTI ET BACCIOCCHI. — *Centralb. f. chir.* 1895, n° 21.
NAUMANN. — *Nordiskt. med. Arch.* VI n° 24, 1896.
NÉLATON. — *Société de Chirurgie*, 1896, p. 469.
NEELOV. — *Journal d'accouchement et de chirurgie Saint-Pétersbourg*, 1898.
NETTER. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 10 mai 1895.
NOLEN. — *Berlin. Klin. Woch.* 21 août 1893.
NORRIS. — *Americ. Journal of obstetri.*, août 1896.

O

- OEHLER. — *Münch. medic. Woch.* 25 déc. 1900.

- OJEMANN. — *Thèse* Tubingen. 1897.
 OMNÈS. — *Thèse* Paris. 1900.
 OPPENHEIM. — *Thèse* Göttingen.
 ORTHMANN. — *Berlin Klin. woch.* p. 751, 23 août 1897.
 — *Zeits. f. geburts* XXXVII, p. 185, 1897.
 — *Société d'obstetr. et de gynécol.* Berlin, 13 juillet 1888.
 — *Festsch. f. A. Martin.* Berlin 1895.
 OSIAS. — *Philadelphie Medical Journ.* 1900. VI, p. 1009
 OSLER. — *John Hopkin's hosp. Repert*, février 1890.

P

- PALMER. — *Americ. Jour. of obstetr.* 1896.
 PARISKI. — *Société Médicale du Caucase* 1897, n° 3.
 PÉGURIET. — *Nouveau Montpellier médical*, 30 novembre 1895.
 PENROSE ET BEYA. — *Americ. Journ. of t. médic. sciences* novembre 1894.
 PEPPER. — *The Lancet*, 1^{er} Décembre 1888.
 PETER. — *Gazette des hôpitaux*, 1871.
 PETERSON. — *Americ. Journ. of obstetriq.*, juillet 1893.
 PETRASU. — *Thèse* Paris, 1871.
 PHOCAS. — *Médecine moderne*, 3 décembre 1892.
 FIG. — *Thèse* de Lyon, 1890.
 PICHEVIN. — *Lyon médical*, janvier 1893, p. 150.
 id. — *Semaine gynécologique* 1900, p. 41.
 id. — 1902, p. 358.
 PICQUÉ. — *Société de chirurgie*, 1893. Vol. XIX, p. 538
 id. — *Congrès* de 1895.
 PILLIET ET GUITTON. — *Progrès médical*, 26 août 1893.
 PLATON. — *Congrès* de Rome, 15 sept. 1902.
 POLAILLON. — *Société de chirurgie*, 1890, p. 493.

- POLANO. — *Zeits f. geburts und gynæk.* XLIV, fasc. 1.
PONCET. — *Lyon médical*, 18-25 décembre 1892.
POPOFF. — *Dissert*, St Pétersbourg, 1898.
POTEN. — *New York medical record*, 4 juin 1887.
POTHERAT. — *Société de chirurgie*, 9 juin 1897 et 30 novembre 1898.
POZZI. — *Traité de gynécologie*, 1897, p. 891.
id. — *Société de chirurgie*, 1892, p. 805.
PREINDLSBERGER. — *Wiener klin. woch.*, 11 septembre 1890.
PRIBRAM. — *Prager medic. Woche.*, 11 septembre 1890.
PROCHOWNIK. — *Deuts. med. woche.* 1889, n° 24, p. 475.

Q

- QUENU. — *Société de chirurgie*, 23 nov 1898. 9 avril 1902.
QUERVAIN (de). — *Centralblatt. f. chirurgie*, 23 nov. 1898.

R

- RAPPAPORT. — *Thèse Leipzig*, 1900.
RAYNAUD. — *Société anatomique*, 1863, p. 304.
REBOUL. — *Thèse Toulouse*, 1897.
REYNAUD. — *Archives génér. de Médec.*, 1831, t. 16, p. 486.
RICCI. — *Arch. ital. d. gyn*, 30 juin 1902.
RICHE. — *Gazette des Hôpitaux*, 6 mai 1893.
RICHELOT. — *Union médical*, 28 avril 1892.
id. — *Société de chirurgie*, 1891-1892. p. 312.
id. — *Union médicale*, 3 avril 1895.
RICHTTS. — *Nashville journ. of. med.*, 1889, p. 485.
RIEDEL. — *Munch. med. woch.*, 45, p. 798. 1892.
RISPAL. — *Thèse Toulouse*, 1893.

RIVA. — *Arch. d. clin. méd.*, t. XXX.

ROCHET. — *Province médicale*, 15 décembre 1888.

ROERSCH. — *Revue de chirurgie*, 1893, n° 7, p. 529.

ROBSON. — *Brit. med. Journal*, 19 mars 1892, page 598.

ROSAL. — *Thèse*, 1894.

ROSS. — 65^e congrès de l'associat. médic. anglaise, 1897.

ROTH. — *Cagliari*, 1889.

ROUTIER. — *Médecine moderne*, 3 avril 1890.

id. — *Semaine médicale*, 1890, pages 287-290.

id. — *Société de chirurgie*, 1890, pages 477 et 784.

id. — *Revue générale de clinique*, 11, page 161. 1892.

id. — *Congrès français de Chirurgie*, 1891.

ROUX. — *Journal des praticiens*, 11 juillet 1896.

RUMMELS. — *American journal of obstet.* Août 1894.

RUSSEL. — *Medical Record*, mai 1898.

ROKITANSKY. — *Allg. wiener med. zeitg.* 1860, n° 21.

id. — *Lehrbuch de patholog Anat.* 1861.

S

SACHS. — *Corresp. blatt. f. schweitz. Aerzte*, 1^{er} juin 1893.

SALLES. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 janvier 1892.

SANGER. — *Med. record*. Novembre 1890, page 521.

SARKISSIAN. — *Société anat.* 16 mai 1902.

SARWEY. — *Centralblatt f. gynec.* 1890, page Bd 43.

SAULMANN. — *Centralblatt f. gynéc.* 1892, n° 27.

SCHALMACK. — *Thèse*, Kiel, 1889.

SCHEDE. — *Centralb. fur. gynec.* 1887.

SCHELLONG. — *Centralbl. fur gynec.* n° 27, 1885.

SCHMALSFUSS. — *Centralbl. fur gynec.* 17 déc. 1887.

SCHMIDT. — *Centralbl. f. gyn.* 10 août 1889.

SCHMITZ. — *Saint-Pétersbourg med. wocke.*, 1, 1893

- SCHNETT. — *Thèse*, Kiel, 1889.
- SCHRAMM. — *Arch. f. gynec.* 1898. Bd 56, page 47.
- SCHROEDER. — *Thèse Bonn.* 1897.
- SCHOTTLAENDER. — *Sur la tub. de l'ovaire.* 1 vol. Jena, 1897.
- SCHWARTZ. — *Sem. médicale.* 20 janvier 1892.
- SCHWARTZ. — *Wiener med. Woche.* 1887, n° 13.
- SCHWARTZ. — *Revue générale de clinique*, 1893, page 255.
- SCHWARTZ-SZASZ. — *Sect. d. ginek d. Aerztvern.* Buda-Pest, 27 novembre 1900.
- SEGOD. — *Annales de gyn.* 1891, tome 1, page 161.
- SEELIGMANN. — *Centralbl. f. gynec.* 1899, n° 4.
- SENN. — *Lettre de Blache in Archives générales de méd.* 1831, tome 27, p. 282.
- SHOBER. — *Améric. journ. of obstet.* Juillet 1895.
- SIMON. — *Münch. Méd. Woche.* 1890, n° 15.
- SIPPEL. — *Deuts. méd. Woch.* 1894, n° 52, page 974.
- SIREDEY. — *Thèse*, Paris, 1860.
- SPAETH. — *Thèse*, Strasbourg, 1885.
- SPAETH. — *Deuts. med. woche*, 1889, n° 20.
- SOLDANI. — *Riforma medica*, 11 sept. 1891.
- SPANO. — *Revue de la tubercul.* 1893, p. 322.
- SPENCER WELLS. — *Transact. pathol. Société London*, 1863.
- SPILLMAN et GANZINOTTI. — *Dict. encyclopéd. des sc. méd.*, p. 393. *Périt. tub.*
- SPRINGER. — *Zeitschr. fur. heilkund*, XXIII, fasci. 1, n° 2.
- STCHEGOLEFF. — *Archives de méd. expériment.*, 1894, p. 649.
- STCHEGOLEFF. — *Société de biologie*, 7 juillet 1894.
- STEMANN. — *Thèse*, Kiel, 1888.
- STOBER. — *American j. of obstet*, 1898, XXXVIII.
- SOLPER. — *Monatschr. f. geburts und gyn.*, 1900.

T

- TALAMON. — *Annales de gynécologie*, 1878, p. 416.
- TAPRET. — *Thèse*, Paris, 1878.
- TARGET. — *Transact. obst. soc. London*, XLI. p. 140, 1899.
- TELEKY. — *Central. f. d. Grenzsg. d. méd.*, 1^{er} avril 1899.
- TERRILLON. — *Revue de chirurgie*, déc. 1889. *Congrès de Paris*, 1889.
- TERRILLON. — *Bulletin de la Soc. obstétrique et gyn.*, Paris, 11 juillet 1889.
- TERRILLON. — *Société anatomique*, 1889, p. 77.
- TERRILLON. — *Bulletin médical*, 10 juillet 1889.
- TERRILLON. — *Archives de Tocologie*, août 1889.
- TERRILLON. — *Semaine médicale*, 15 octobre 1890.
- TERRILLON. — *Société de chirurgie*, 1890, p. 469, et 1893, p. 469.
- DE TEYSSIER. — *Lyon médical*, 1901, n° 33.
- THEILHABER. — *Monatts. f. gebur. und ginek.*, 1899. X, p. 314.
- THIÉBAUT. — *Annales de l'Institut de Sainte-Anne*, mars 1896.
- THIERCELIN. — *Société anatomique*, 1889, p. 313.
- THOMAS. — *Journal des Praticiens*, 5 septembre 1896.
- THOMAS. — *Revue médicale, Suisse romande*, novembre 1897.
- THOMPSEN. — *The Lancet*, 1872, n° 5.
- THOMSON. — *Practitioner*, novembre 1895.
- THORN. — *Thèse*, Berlin, 1894.
- TILLAUX. — *Bulletin médical*, 24 août 1898.
- TOMLISON. — *Obstetric. transact.* 1864, p. 174.
- TREUB. — *Nederl. tijds. v. geneesk.* 5, 1893.
- TRUC. — *Thèse*, Paris, 1886. *Montpellier médical*, 1887.
- TRZÉBICKY. — *Wien. medic. woche*, 1888. p. 182 et 214.

- TSCHERNING. — *Bibliot. for Læger*, I, p. 41, 1893.
TURAZZA. — *Riforma medica*, 5 novembre 1891 et 25 avril 1896.
TURNER. — *The Lancet*, 1899. Vol. II, p. 809.

U

- UHLAND. — *Thèse Tübingen*, 1886.
URSO (d'). — *Policlinico*, 1894.

V

- VALENTA. — *Wien. klinis. Woche*, 4 mars 1893.
VALLIN. — *Congrès de gynécologie*. Bruxelles, 1892.
VAN DE WARKER. — *American journ. of obstet*, 1887, p. 932.
VARIOT. — *Journal de clinique infantile*, I. 4, 1893.
VARNECK. — *Centralbl. f. gynec.*, 16 décembre 1893.
 id. — *Wiener medic blätter*, 16 janvier 1894.
 id. — *Gazette hebdomadaire*, mars 1891, p. 153.
 id. — *La chirurgie russe*, janvier 1897.
VASSILEVSKY. — *Arch. des sciences biologiques*, Saint-Pétersbourg, 1896-1897.
VASSMER. — *Archive f. ginek.*, 1898. Bd, LVII.
VAUTRIN. — *Société de chirurgie*, 1891.
VERNEUIL. — *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeux*, Paris.
VERNEUIL. — *Gaz. hebdomadaire*, 1883.
VERMEIL. — *Thèse Paris*, 1880.
VERCHÈRE. — *Thèse Paris*, 1883.
VIATTE. — *Klinische und histolog. untersuch. uber Lupus vulva.*
VIERORDT. — *Deuts. archiv. klin. med.*, n° 52, page 144, 1889-1890.

VINEBERG. — *Acad. de méd. de New-York*, 26 nov. 1902.

VINCELET. — *Thèse Paris*, 1902.

VEIT J. — *Congrès de Rome*, 1902.

VITRAC. — *Semaine gynécologique*, 1898.

VOIGT. — *Arch. f. ginek*, 1899. Bd. 59, p. 609.

W

WALLIS. — *Clini. journ. London*, 1901, XVII, p. 266-271.

WALTER. — *Monatts. f. geburts. und gynec.*, 1897. Bd. 16.

id. — *Zieglers Beitrage*, 1894. Bd. 15.

WARTHIN. — *Medical News*, septembre 1896.

WARTH. — *Thèse de Bonn*, 1897.

WESTPHAL. — *Centralbl. f. gyn.*, 16 octobre 1897.

WERTH. — *Congrès de Fribourg*, 12-14 juin 1889.

WHERRY. — *The Lancet*, 5 octobre 1895.

WHETSTONE. — *Americ. journal. of obstetr.*, octobre 1886.

WIDOW. — *Centralb. fur ginek.*, 1885, n° 5.

WILLIAMS. — *John hopkins hopit. Reports*, 1892, volume III,
n° 1, 2, 3.

WIELAND. — *Thèse Fribourg*, 1894.

WINCKEL. — *Lehrburch d. Frauenkrankhert*, Liepzig, 1890.

WINTER-RUGE. — *Diagnostic*, 1895. page 221.

WINS. — *Nord médical*, 15 août 1896.

WESTERMAYER. — *Thèse Erlangen*, 1896.

WOLFF. — *Arch. fur. ginek*. Vol. 52, page 235.

WOLSTEIN. — *Tuberculose infantile*, 15 février 1902.

WOLFF. — *Monatts. fgeburts. und ginek*. Bd. 6, page 497. 1897.

WUNDERLICH. — *Arch. f. gyn*. 1898.

WYDER — *Correspond. blatt. f zweig, Aerzt*. 15 déc. 1889,
n° 24, p. 759.

Z

ZAHN. — *Virchows Archiv*, Bd. CXV, page 66.

ZERENINE. — *Khirurgia*, 1898, vol. IV, page 360.

ZIEGLER. — *Münch médi. Wocke*, 1895, page 395.

ZWEIFEL. — *Centralbl. f. ginek.* 1890.

TABLE

Historique	p. 9
Etiologie	p. 21
Tuberculose génitale secondaire à une tuberculose générale	p. 29
Tuberculose génitale secondaire à la péritonite	p. 32
Tuberculose génitale primitive	p. 34
Causes occasionnelles	p. 47

Faits cliniques de Tuberculose péritonéo-génitale

Généralités	p. 57
<i>Forme ascitique</i>	p. 70
Symptômes	p. 74
Evolution	p. 99
<i>Pelvi-péritonite</i>	p. 100
Symptômes	p. 101
Evolution	p. 123

Diagnostic

Ascite libre	p. 133
Ascite enkystée	p. 136

Pelvi-péritonite.....	p. 138
Poussées aiguës.....	p. 145
Traitement	p. 146
Conclusions	p. 157
Observations	p. 159
Index bibliographique	p. 243
Table	p. 263